COUNTWAY LIBRARY
HC 4XXP

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY

Hommage sympathique de l'auteur

A. Dolérin

MÉTRITE

ET

FAUSSES MÉTRITES

MÉTRITE

ET

FAUSSES MÉTRITES

(AVEC 50 FIGURES DANS LE TEXTE)

PAR

J.-A. DOLÉRIS

Accoucheur de l'Hôpital Boucicaut

Ancien chef de Clinique Obstétricale et Gynécologique de la Faculté
Ancien président de la Société obstétricale et gynécologique de Paris
Membre de la Société de Gynécologie américaine

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

—

1902

AVERTISSEMENT

—

Cet ouvrage contient une série d'études sur la pathologie de l'utérus, les unes anciennes, les autres récentes.

Les premières ont, pour la plupart, marqué une étape intéressante, par leur nouveauté, dans le mouvement gynécologique qui s'est effectué en France depuis une vingtaine d'années ; elles ont été remarquées peut-être moins en raison de leur mérite qu'à cause des vives discussions et des critiques qu'elles ont suscitées. Je pense aussi qu'ayant éveillé la curiosité de mes confrères en gynécologie, elles ont stimulé, par suite, l'activité des recherches analogues.

Ces études se trouvaient éparses, perdues dans des journaux et des bulletins de Sociétés savantes où mon indifférence, une fois la lance rompue, c'est-à-dire après l'effort accompli et l'idée semée, les avait laissées dormir.

Si elles eurent la bonne fortune d'intéresser un jour le public médical, je dois reconnaître qu'elles se trouvent aujourd'hui suffisamment fondues dans le domaine classique pour que leur date et leur origine aient pu devenir négligeables même pour la bibliographie.

Il est donc arrivé ceci que des médecins et des chirurgiens français, non des moindres, ont pu écrire récemment des traités et de compendieux chapitres sur la pathologie utérine, émettre des avis et exprimer des opinions, qu'ils rapportent trop généreusement à des auteurs étrangers,

tandis qu'ils oublient que ces mêmes idées ont été proférées et soutenues en France, il y a plus de quinze ans.

C'est un jeu d'une réelle distraction que de parcourir ces livres d'hier, et d'y relever des oublis sans doute involontaires, et des dénis de propriété, inconscients, j'en suis convaincu.

Il n'y avait qu'une réponse à faire à ces injustes oublis ; publier les documents avec leur date, en laissant au lecteur de l'avenir le soin de rétablir le *cuique suum*.

Tel est l'un des motifs de la publication de cet ouvrage. Un autre motif est le désir que j'avais, en reproduisant le fruit du travail effectué laborieusement en commun avec mes aides de la première heure, de leur faire attribuer leur part légitime de collaboration ; et enfin, de montrer, en même temps, que ces études consciencieuses n'ont point vieilli. Du moins, en les rééditant, cela ne m'a point semblé.

A quelques points de vue même, on pourrait dire qu'elles sont tout à fait d'actualité, spécialement en ce qui concerne les *fausses métrites*.

Ceci est un thème vaste, purement médical par la conception comme par la thérapeutique ; par conséquent les médecins purs, qui s'occupent de gynécologie, ne se sont pas fait faute de le développer récemment d'une façon heureuse et utile.

Pour cette étude, comme pour les quelques idées tout à fait personnelles, originales si l'on veut, qui se trouvent disséminées dans les chapitres ayant trait à l'endométrite et à la métrite cervicale surtout, pourquoi en gratifier sans motif la science étrangère ? C'est un mérite qui ne lui appartient pas. Les travaux de Puttnam et de Tussenbroek sont postérieurs aux miens.

La définition scientifique moderne de la *métrite* et la limitation précise de son domaine, basée sur l'étiologie infectieuse, dérivent de la doctrine pastorienne, de mes recherches sur la puerpéralité aiguë, et sur les infections puerpérales tardives. Par suite de l'établissement de cette base originale, la création du groupe distinct des troubles non inflammatoires et non infectieux de l'utérus s'imposait, tel que je l'ai établi dès 1886, et développé en détail en 1893, à côté, mais distinct, des troubles infectieux.

Je ne pense pas qu'on trouve ailleurs que dans ces derniers travaux de 1893, la théorie *neuro-arthritique* de la dysménorrhée membraneuse, que j'assimile à une dermatose exfoliante, à l'entérite, à la colpite desquamatives et que je raye du cadre des vraies métrites, conception que la plupart de mes élèves ont adoptée.

Dans l'étude microscopique et dans la discussion des processus relatifs à l'ectropion cervical, à l'érosion secondaire et à leur cicatrisation, spécialement dans la marche des phénomènes d'épidermisation ; dans la pathogénie des kystes et des scléroses du col ; dans l'analyse des symptômes et des complications qui succèdent aux atrésies spasmodiques congestives ou mécaniques du cervix utérin, c'est-à-dire dans la filiation des phénomènes qui ramènent les paroxysmes de la métrite, à savoir la réinfection aiguë du corps et des annexes, beaucoup semblent voir une doctrine vaguement conçue à l'étranger, tandis que ces données sont bien françaises et nous appartiennent.

Qu'on lise ce qui existait en 1887 et 1888 dans la littérature française sur ces questions ; qu'on parcoure aussi les meilleurs livres étrangers de cette même époque ; qu'on les

compare avec les mémoires que j'ai écrits en 1888, sur l'anatomie normale et pathologique du col utérin, la discussion et la critique des doctrines alors toutes nouvelles de Ruge et des opinions adverses de Fishel, et l'on appréciera exactement la nouveauté de ces recherches sur la cervicite publiées un an avant les leçons de Cornil sur l'anatomie pathologique complète des métrites. Quant à leur portée clinique, elle apparaît clairement dans mes écrits de la même époque et de l'année suivante.

J'en dirai autant de la thérapeutique intra-utérine, limitée au seul curettage, en 1884. Nous l'avons retrouvée à l'étranger, à l'état brut en quelque sorte et telle que notre Récamier l'avait conçue dans son opération élémentaire et unique ; et nous en avons fait, en France, dès la première heure, une méthode sériée où se trouvent groupés et condensés systématiquement tous les procédés d'asepsie et d'antisepsie, de dilatation, de tamponnement, de médications topiques, dans des conditions telles que les applications en sont devenues très nombreuses et tout à fait sûres, pendant que la technique perfectionnée au maximum résistait aux critiques renouvelées du passé et à celles du présent.

Pour bien marquer l'esprit général et la succession des idées, dans un ensemble d'études desquelles on a déduit à tort une tendance excessive à la thérapeutique opératoire, il me suffira de faire remarquer les termes dans lesquels j'ai prévu et combattu les abus de la curette, précisément en montrant le rôle autrement important de la métrite du col, et l'inanité du curettage contre les processus cervicaux.

Vaut-il bien la peine d'affirmer une priorité certainement incontestable pour le procédé de l'abrasion sanglante de la

muqueuse cervicale, sans sutures, publié en janvier 1891, mais exécuté bien auparavant ? (voy. p. 297) ou pour l'ourlage au catgut des surfaces cruentées dans la discision sanglante du col, ou pour l'invention de tel ou tel instrument qui m'a paru meilleur que ses devanciers ? Je ne sens aucune préoccupation ambitieuse à cet égard.

Et si j'ai pu éprouver une certaine joie à tirer de mes observations quelques idées neuves qu'il m'a paru bon de propager, ma satisfaction dépend bien moins de la valeur de ces idées que de l'espoir qu'elles pourront en susciter de meilleures à ceux qui les liront pour la première fois dans ce livre.

Paris, le 15 mars 1902.

I

MÉTRITE

JUIN 1886

DE L'ENDOMÉTRITE

ET DE

SON TRAITEMENT [1]

Plusieurs circonstances me déterminent à exposer brièvement dès aujourd'hui ma méthode de traitement de l'endométrite chronique et les principes sur lesquels elle est basée.

La raison majeure est la notoriété de plus en plus grande que des méthodes analogues ont acquise depuis deux ans surtout et leur consécration presque unanime par l'excellence des résultats. Les journaux et les sociétés savantes de l'étranger nous font journellement connaître la vogue de plus en plus croissante de la thérapeutique intra-utérine. Des noms nouveaux viennent s'ajouter constamment à la liste des nombreux gynécologues qui ne craignent pas d'attaquer le mal par des moyens directs, en opposition avec les méthodes hésitantes préconisées par certains médecins trop timides.

Il me paraît nécessaire de rappeler, en commençant, que la véritable thérapeutique intra-utérine a débuté en France, et qu'elle

(1) Mémoire déposé au mois de juin 1886, à la Société Obstétricale et Gynécologique de Paris.

La donnée de ce mémoire est trop vaste pour que je prétende lui donner, dès aujourd'hui, une forme définitive. Je me contenterai donc d'un exposé concis de quelques points spéciaux de mes études que je me propose de compléter dans un avenir prochain.

est dérivée de l'emploi de la *curette* de **Récamier**. Ce procédé est la base de toutes les méthodes chirurgicales du même ordre.

J'y ajouterai, en second lieu, l'usage de la *sonde utérine* comme moyen d'exploration et de diagnostic, introduit par **Huguier** dans la gynécologie courante.

En troisième lieu, se placent les injections médicamenteuses dans la cavité utérine défendues surtout par mon maître **Gallard**.

On retrouve déjà, dans ces trois éléments, *curette*, *hystéromètre*, *injections liquides*, la triple base fondamentale de tous les procédés de thérapeutique intra-utérine.

Il faut cependant citer un quatrième élément complémentaire: la *dilatation* utérine.

Or, c'est aussi le fondement de la méthode que je désire faire connaître et dont je vais faire rapidement l'historique et la description.

En 1880 et 1881 j'ai eu l'occasion à la fois rare et avantageuse de traiter, dans une station balnéaire très conseillée pour les maladies des femmes, plusieurs centaines de cas, sinon identiques, liés du moins par un fonds commun et constant : l'*endométrite* chronique. C'était à proprement parler, pour la plupart, le rebut des cabinets de consultation de gynécologues réputés. Catarrhes incurables, écueil de toutes les thérapeutiques employées jusque-là, et preuves vivantes de leur impuissance : métrites ulcéreuses, hémorrhagiques, fongueuses ; périmétrites ; névropathies tenaces entées sur ce terrain pathologique varié, etc., tel était le lot qui m'échut tout au début de ma carrière gynécologique. Les propriétés altérantes ou perturbatrices des eaux minérales, jointes aux conditions cosmiques, ne m'ont jamais paru exercer qu'une influence très indirecte sur l'état pathologique des organes génitaux, bien qu'elles puissent modifier avantageusement quelques symptômes importants. Nombre de ces malades étant confiées à mes soins *ad libitum*, j'ai pu concurremment essayer et comparer toute la série des procédés classiques en pareille matière.

Les injections intra-utérines, les pinceaux chargés de substances médicamenteuses, les crayons pâteux ou solides, les cautérisations diverses avec des caustiques solides ou liquides, etc., m'ont à la vérité donné çà et là quelques succès, mais le grand

nombre échappait à leur action. J'ai pu même, malgré toutes les précautions imaginables, observer des accidents à la suite de semblables traitements. Ces accidents se rencontrent encore assez fréquemment dans la pratique de beaucoup de médecins, et l'on comprend qu'ils les rendent fort circonspects en matière de thérapeutique intra-utérine.

Souvent la difficulté de pénétrer dans l'utérus est un obstacle à toute action locale, qu'il s'agisse d'atrésies matérielles, de spasmes douloureux ou de déviations de l'organe.

Le premier point qui fixa mon attention fut cette difficulté même, et cela me conduisit à tenter la *dilatation* du col comme préliminaire de toute méthode.

J'ai pu me convaincre dès cette époque, où il était très peu question d'*antisepsie* et d'*antiseptiques* en gynécologie proprement dite, que la dilatation large de la matrice était un élément de succès puissant et la meilleure garantie contre les accidents consécutifs du traitement intra-utérin. Une fois obtenue, outre que beaucoup de symptômes disparaissaient déjà de ce seul fait, j'avais le champ libre pour toute sorte d'interventions sur la muqueuse utérine malade, et je pus ainsi successivement arriver de l'emploi du pinceau chargé de topiques variés, à l'emploi de la curette, que je remplaçai vite par l'*écouvillon* que je décrirai tout à l'heure. Depuis cette époque, j'ai étendu et agrandi ma pratique dans le sens de l'action directe sur la muqueuse utérine et dernièrement j'ai exposé ici les résultats que m'ont donnés les mêmes procédés appliqués à la métrite septique post-puerpérale et à l'endométrite résultant de la rétention partielle du placenta abortif ou des membranes altérées.

Avant de revenir au procédé lui-même, j'essaierai de synthétiser mes vues sur la métrite chronique. Ces vues ne me sont pas absolument personnelles, car on les retrouve plus ou moins affirmées dans quelques livres classiques.

I

PATHOGÉNIE GÉNÉRALE DE LA MÉTRITE.

L'anatomie pathologique est une base de division très incertaine. — Les diverses espèces de métrite sont reliées par un élément initial commun : le microbe pathogène. — L'inflammation utérine est le plus souvent d'origine extérieure. — Très rarement, elle est d'origine interne. — Différences dans les conséquences séméiologiques et thérapeutiques.

Tout d'abord, bien que je reconnaisse les avantages des divisions en pathologie, et les renseignements précieux fournis par l'étude microscopique, je ne dissimulerai pas qu'à mon avis on tend trop, encore aujourd'hui, à se contenter de mots, au lieu de remonter à la source pathogénique réelle des inflammations utérines.

En France, **de Sinety** a éclairci histologiquement beaucoup des problèmes liés à l'état anatomique de l'utérus malade, et c'est un progrès incontestable pour la clarté de l'exposition et l'intelligence des faits. En Allemagne, plusieurs travaux concernant la muqueuse utérine malade ont ajouté encore à nos connaissances sur le même sujet. Je n'ai qu'à citer : C. Ruge (Société obst. et gyn. de Berlin, 13 juin 1881). — Léopold Meyer (*Centralb. f. Gyn.*, Sept. 1884). — O Küstner (*Centralbl. f. Gyn.*, 8 mars 1884). — Duvelius (Soc. Gyn. de Berlin, 11 janvier 1883. et *Zeitsch. f. Geb. und. Gyn.*, t. X, cah. 4, p. 175, 1884). — Benicke (Soc. obst. de Berlin, 23 janvier 1885).

En Amérique, récemment encore, un mémoire de longue haleine du Dr Putnam Jacobi a résumé ces faits et y a ajouté des notions plus précises sur divers points. (*Am. Journ. of Obstet.*, 1885.) — Heinricius, d'Helsingfors, a publié un très important travail dans *Arkiv. f. Gynæcol.* de cette année. — Cela nous a-t-il beaucoup

plus édifié au point de vue de la pratique ? Je ne le crois pas, car il suffit de lire dans nos livres classiques pour y trouver à la fois l'exposition la plus nette et la preuve la plus certaine des principes qui doivent guider dans l'intervention thérapeutique. — Récamier d'ailleurs avait déjà jugé le cas.

Tout le monde est à peu près d'accord que la plupart des métrites ont pour origine une *inflammation septique née à l'occasion de l'accouchement ou de l'avortement.*

D'autres variétés plus rares trouvent leur explication dans la *blennorrhagie* ou la *blennorrhée virulente.*

D'autres encore naissent sourdement de conditions *septiques atténuées* procédant de l'*extérieur*, engendrées dans les voies génitales externes, et tenant à l'altération des liquides sécrétés ou du sang des règles. Il suffit que ces produits organiques donnent asile à des organismes pathogènes pour qu'à l'occasion d'un traumatisme quelconque, ou d'une congestion intense déterminant l'effraction du revêtement épithélial, l'inflammation se fixe et se propage dans toute l'étendue de la muqueuse. La menstruation, les excès vénériens, les relations brutales ou disproportionnées, la masturbation sont, en pareille circonstance, des facteurs très actifs de la congestion qui prépare la métrite.

Enfin, on ne saurait contester que certaines *affections constitutionnelles*, en favorisant les raptus congestifs ou en produisant des exanthèmes ulcératifs, sur la muqueuse génitale, puissent créer de toutes pièces soit l'inflammation de cette muqueuse, fait rare, soit la porte d'entrée par où s'inoculera l'élément pathogène amené de l'extérieur. Les femmes névropathes sont sujettes, comme on sait, à ces congestions actives et sont d'autant plus exposées, pour cette raison, à la métrite.

D'après cette rapide énumération, je suis obligé de mettre en première ligne les *causes extérieures*, — et de ne réserver qu'une très petite place aux *causes internes*, par cette raison qu'elles sont insuffisantes à créer la phlogose véritable.

Il ne pourrait s'agir, dans ce dernier cas, que de maladies infectieuses par elles-mêmes et capables de favoriser le dépôt métastatique d'un élément pathogène au sein même des organes génitaux. **Siredey** (art. Métrite. Dict. de méd. et de chirurg. pratiques, p. 631), à l'exemple d'autres auteurs, accepte que la mé-

trite peut apparaître dans l'enfance à la suite de *fièvres exanthématiques*, *la variole*, *la rougeole*, *la scarlatine*, *etc.*, mais il pense que les écoulements purulents observés peuvent provenir uniquement de la vulvite. Je suis aussi de cet avis, et si la métrite existe, elle a eu surtout une origine extérieure et s'est établie par propagation. Habituellement il n'en est même rien, et ces sortes de métrites sont purement plastiques, c'est-à-dire caractérisées par une évolution anormale d'éléments anatomiques, mais sans qu'il se produise d'exsudat inflammatoire (infectieux) dans le sens moderne du mot.

J'en dirai autant des *traumatismes*, qui n'entament que l'intégrité des tissus : les coups, les compressions, les excès de fonctionnement des organes, etc. La métrite, dans ces circonstances, est passagère et cède aux traitements les plus simples ; souvent au repos seul.

Il n'y aura métrite réelle, c'est-à-dire inflammation, qu'autant qu'il y aura adjonction d'un élément morbide phlogogène, inflammatoire, comme on disait autrefois, d'un *microbe* pathogène, comme on dit aujourd'hui.

Cela posé, il me semble qu'on a beaucoup discuté et qu'on discute encore beaucoup trop sur le côté anatomique pur de la métrite chronique.

Il en est aujourd'hui de l'anatomie fine, de l'histologie pathologique microscopique, comme il en a été, à un certain moment, de l'anatomie macroscopique ; elle ne suffit plus à établir les caractères décisifs des maladies, elle ne sert plus à spécifier les lésions. Tant qu'on a pu s'arrêter à la donnée histologique et croire à sa valeur absolue, on a vécu dans l'illusion que le genre d'altération de l'élément anatomique, la *lésion*, était le fond même de la maladie ; mais depuis que les études se sont tournées vers les données plus précises de l'histochimie et de la bactériologie, on a senti la nécessité d'élever la spécificité au delà de la lésion : — le processus morbide est devenu banal depuis qu'on lui a reconnu un moteur dans le microbe ou dans les produits sécrétés par le microbe. Cette notion du microbe pathogène a fait perdre une grande partie de leur valeur aux anciennes divisions basées sur la similitude ou la dissemblance des processus morbides ;

elle nous oblige à chercher une autre terminologie et à rejeter les anciennes nomenclatures.

L'inflammation, mot trop vaste en ce qu'il embrasse trop de variétés, représente néanmoins aujourd'hui à tous les esprits qui se sont mis un peu au niveau du courant scientifique, un ensemble de modifications histologiques et histochimiques, sous la dépendance d'un organisme phlogogène. Cet organisme est variable, peut-être, si on l'envisage par le côté de sa nature spécifique, mais il reste identique dans son essence, quelle que soit sa forme, atténuée ou vivace, en ce qu'il est vivant, *reproductible*, agissant en vertu de sa multiplication et de son action sur les tissus. Une fois que nous trouvons le microbe et que nous possédons la notion assurée de sa préexistence au sein du tissu malade, nous ne pouvons qualifier le processus autrement que de processus inflammatoire. Le microbe sera septique, pyogénique, gonorrhéique, etc., peu importe, mais il sera ou aura été. Dans l'un ou l'autre cas, nous le trouverons, en même temps que nous trouverons les effets de sa présence, ou bien il se sera éteint au sein du tissu qu'il a contribué à faire évoluer. L'acte matériel de la lésion lui aura seulement survécu.

Je me base sur cette façon d'envisager aujourd'hui l'inflammation et, dans tous les cas, sur l'avantage d'une semblable détermination des états morbides, pour ne point accepter comme *métrite chronique* les états pathologiques qui sont la conséquence de simples troubles de nutrition nés sous l'influence de perturbations nerveuses ou sanguines, lymphatiques, traumatiques, de régressions incomplètes, etc., et qui correspondent à ce qu'on appelle la *subinvolution*, l'*hypertrophie chronique*, l'*hyperplasie*, l'*engorgement*, la *congestion*, etc. (1).

Au contraire, je considère comme relevant de la métrite chronique réelle tout état pathologique de l'utérus qui a débuté par une infection, une septicémie plus ou moins atténuée, une inflammation franche et qui a persisté sous une forme durable.

(1) Dans son article *métrite* du Dictionn. de méd. et de chir. pratiques, p. 628, Siredey pense que la distinction clinique entre la *congestion* utérine et la métrite est difficile. Elle ne l'est pas plus qu'entre la pneumonie et la congestion pulmonaire. La doctrine microbienne établit nettement la différence pathologique. Les réactions inflammatoires et les procédés modernes de recherches font le diagnostic clinique.

Cette insistance de ma part peut paraître inutile et peut-être naïve ; aussi ai-je l'air de faire retentir bien haut une notion que personne ne songe à contester. Cependant, voici où la portée de la donnée ci-dessus ne me paraît pas avoir été prévue, ni établie. C'est que, dans le premier cas, c'est-à-dire *lésion de l'utérus sans infection*, les conséquences ne sont pas les mêmes, la maladie diffère essentiellement dans ses complications et ses dangers par rapport à ce qui advient pour le second cas, c'est-à-dire pour *la lésion avec infection, l'endométrite.*

Ensuite, c'est que le traitement diffère essentiellement aussi dans les deux conditions.

Toutes les inflammations infectieuses réclament la destruction du foyer qui alimente d'éléments pathogènes les milieux environnants ; — il faut leur appliquer de toute nécessité un traitement local énergique.

Toute lésion simple, non microbienne, se traitera au contraire par la thérapeutique qui visera le moteur perturbé, nerfs, vaisseaux, muscles, etc. (électricité, ignipuncture, hydrothérapie, hygiène, thérapeutique interne, etc.).

J'avais donc besoin de fixer mes groupes sur une base nouvelle qui est celle qui s'introduit de plus en plus dans la classification médicale. Notez qu'elle ne diffère de l'ancienne conception que par la notion d'une donnée étiologique matérielle plus précise et mieux établie que l'ancienne.

L'endométrite est la lésion initiale obligatoire de toute métrite.

Donc, la subinvolution n'est point et ne fait point la métrite, pas plus que l'hypertrophie et la congestion ne sont d'essence inflammatoire.

La métrite est bien la maladie qui s'établit par propagation ou exceptionnellement par métastase, au sein de la muqueuse de l'utérus ; qui s'y installe et rayonne ensuite ou reste localisée parfois (très rarement) au seul tissu utérin. A celle-ci je ne reconnais qu'un processus, qu'une pathogénie ; elle est pour moi

la métrite sans autre qualificatif, et si l'on veut lui donner l'appellation de son premier habitat, elle est l'*endométrite*.

Il ne me paraît donc pas douteux que l'*endométrite* est le point de départ obligatoire de toute inflammation parenchymateuse de l'utérus et de toute phlegmasie péri-utérine, occupant les annexes, les vaisseaux lymphatiques, le tissu cellulaire, le péritoine.

Pour les cas qui me sont personnels, j'ai usé d'une méthode d'observation qui m'a affermi dans cette idée. C'est ainsi qu'ayant pu suivre un grand nombre de femmes accouchées dans les salles de la clinique d'accouchement, je me suis attaché à inspecter directement la nature des sécrétions et l'état de la muqueuse, soit qu'il fût question de femmes restées absolument indemnes de tout accident septique pendant les couches, soit qu'il fût question de femmes qui avaient été malades à des degrés divers, mais étaient sorties dans un état de santé en apparence satisfaisant.

Je trouverais ici facilement la place pour un long exposé des résultats de ces études comparatives, obtenus par le microscope, les cultures ou l'examen après le raclage de la muqueuse utérine. Pour abréger, je me bornerai aux faits constatés.

Chez les femmes dont les suites de couches ont été absolument normales, je me suis convaincu, même dans quelques cas où l'involution était lente et la matrice volumineuse, que la muqueuse était saine, les liquides sécrétés purs de tout germe malin, le paramétrium et les annexes normaux.

C'était absolument l'inverse chez toutes les autres. Presque à chaque fois que l'examen pratiqué, à plusieurs reprises consécutives, plus ou moins longtemps après les couches, me faisait découvrir les éléments pathogéniques et les symptômes de la métrite, l'observation clinique rétrospective et les examens bactériologiques de l'époque des suites de couches retraçaient l'invasion d'une septicémie atténuée. — Je ne nierai pas que quelques femmes infectées à la suite de l'accouchement et bien soignées ne se débarrassent spontanément de tout germe morbide et finalement ne guérissent par le seul fait de la résistance victorieuse du terrain, mais c'est l'exception. La règle, c'est que la métrite persistante est la conséquence habituelle de l'infection puerpérale si atténuée qu'elle ait pu être ou paraître.

Pour la *blennorrhée*, la même preuve a été fournie par beaucoup d'auteurs.

Quant aux métrites fortuites, rares, qui débutent en dehors de ces conditions, la preuve de l'origine muqueuse est plus difficile et ne peut s'admettre que par analogie avec les *doctrines* acceptées en pathologie générale, mais le résultat acquis est le même : *inflammation microbienne* du revêtement muqueux.

Sur 36 cas étudiés par **O. Küstner** (loc. cit.) 9 fois la sécrétion du col était purement muqueuse, et 27 fois franchement purulente. Celle du corps était 3 fois sanglante, 4 fois normale, 6 fois très abondante, mais normale, 23 fois purulente ; 16 fois il y a eu catarrhe purulent du col et du corps, 3 fois catarrhe purulent du col avec sécrétion normale du corps, 5 fois hypersécrétion du corps, 5 fois catarrhe purulent du corps avec sécrétion normale du col, 2 fois avec hypersécrétion du col. Le plus ordinairement, par conséquent, col et corps sont pris simultanément.

Dans toutes les préparations, l'auteur a trouvé une grande quantité de micro-organismes, le plus souvent de forme ovale ; quatre à six fois de forme indéterminée. L'auteur, de plus, croit avoir constaté la forme de bacilles.

Je souligne donc à dessein ce fait du début de la métrite dans l'endométrium et la nature parasitaire de l'endométrite.

Il reste à expliquer comment la lésion, *muqueuse* d'abord, gagne en profondeur, et peut se propager à tout l'appareil génital et à son voisinage.

Diffusion et propagation de l'inflammation dans la métrite.

Dans les cas infectieux proprement dits, je prends pour premier exemple l'*endométrite puerpérale septique* ; la donnée de cette propagation est fournie par la connaissance anatomique précise du siège et du mécanisme des lésions secondaires. Les voies de diffusion sont : 1° les lymphatiques, 2° les veines, 3° la continuité même des tissus, par l'intermédiaire des éléments connectifs, 4° la continuité de la muqueuse utérine avec les trompes et le péritoine. Le transport des agents ou des virus septiques peut

se faire par l'une de ces voies ou simultanément par plusieurs d'entre elles.

Ici l'accord est à peu près complet et les médecins de tous les pays ont contribué à asseoir solidement cette donnée scientifique.

Si je choisis comme second exemple l'*affection blennorrhagique* de la femme, je suis autorisé à y voir une forme moins aiguë, moins grave que la précédente, mais susceptible de reproduire, dans un cadre analogue, la série des lésions de la métrite septique des femmes en couches, et par les mêmes mécanismes complexes.

Si j'envisage enfin les formes *subaiguës, atténuées, légères* qui débutent et s'installent sourdement comme la *gonorrhée* ou celles qui sont devenues telles par le passage d'un état aigu à l'état chronique, la gravité, l'acuité décroissent encore, mais les gros faits anatomiques restent les mêmes. Les voies de diffusion sont toujours également les mêmes. Seulement le poison est moins actif et les troubles secondaires qu'il engendre sont d'autant moins redoutables.

Dans ces formes chroniques, les plus fréquentes, celles qui m'intéressent ici spécialement, la lésion *muqueuse* est constante ; il est peu de gynécologues qui n'accordent ce point.

La plupart des gynécologues s'accordent à considérer que dans la forme chronique de la métrite, la coexistence entre les lésions de la muqueuse et celles des parois musculaires de l'utérus est constante.

De Sinety est un de ceux qui ont le plus fait ressortir cette solidarité de toutes les parties constituantes de l'utérus dans l'inflammation de l'organe, et c'est avec raison qu'il a considéré la voie lymphatique comme constituant le réseau qui propage et entretient cette solidarité constante. A l'occasion de la métrite chronique, il écrit : « Nous n'avons jamais vu les deux formes, parenchymateuse et muqueuse, absolument isolées l'une de l'autre. »

Courty dit (p. 773) : « La métrite interne n'existe guère sans

être accompagnée d'un peu de métrite parenchymateuse sens vicieux du mot). »

« L'inflammation isolée de la muqueuse et du parenchyme se rencontre seulement dans les formes aiguës de la maladie. Dans la forme chronique l'inflammation de la muqueuse et celle du parenchyme se compliquent habituellement, de sorte qu'il est presque impossible d'admettre une métrite muqueuse chronique et une métrite parenchymateuse chronique complètement isolées. » (*Churchill*, p. 300, trad. de Leblond, 1881.)

Cette idée est tellement solide dans l'esprit des auteurs, que **Churchill** avec **Scanzoni** et **Gallard** adoptent la dénomination de *métrite chronique* purement et simplement, préférable à celle de *métrite parenchymateuse* chronique, en ce qu'elle ne laisse pas supposer que l'on a simplement affaire à l'inflammation parenchymateuse, mais bien plutôt à un ensemble de symptômes fournis par ces deux inflammations combinées. (*Ibidem*, p. 300 et 301.)

Siredey (p. 628, *loc. cit.*) blâme les divisions en endo, méso et para-métrite. C'est une base utile pour la description méthodique, et qui répond à la division classique (**Aran**, **Scanzoni**) en métrite catarrhale et métrite parenchymateuse, mais il reconnaît cette distinction comme excessive, car la métrite catarrhale intéresse toujours la couche musculeuse adjacente et, d'autre part, la métrite parenchymateuse se complique presque nécessairement de l'inflammation de la muqueuse.

Je n'ai à blâmer dans cette dernière appréciation que l'idée qui semble subordonner l'endométrite à la méso-métrite dans certains cas. Il est probable que M. **Siredey** n'a pas voulu trancher la question.

Page 630, ailleurs, dans l'étude de l'endométrite, il dit : « Bien que le nom de la maladie suppose sa limitation à la muqueuse, il est rare que le tissu utérin sous-jacent soit absolument indemne. »

Lésions secondaires de la métrite, consécutives à l'endométrite. — Leur évolution est variable. — Elles peuvent disparaître après une période d'acuité ou de subacuité. — L'endométrite persiste ordinairement.

Quant aux autres altérations, celles que, d'accord avec mes principes sur la pathogénie générale de la métrite, je considère comme des altérations secondaires, elles sont diffuses ou limitées, en tant que processus anatomiques, visibles microscopiquement ; mais, en tant que zones septiques recélant l'agent pathogène de la maladie, elles se cantonnent habituellement dans des points très circonscrits. Elles constituent les exsudats interstitiels du muscle utérin, les infarctus, les thrombus phlébitiques, les foyers de paramétrite ou de périmétrite chronique, très rarement des abcès.

Maintenant, demandons-nous quelle est leur marche et ce qu'elles vont devenir.

A) A la longue, ces altérations peuvent guérir spontanément ou se réduire à de simples dépôts plastiques purgés de tout élément phlogogène susceptible de reproduire la lésion in situ ou de l'aggraver. — Ce sont des foyers morts. Il n'y reste plus de microbes. — Telles sont les cicatrices para-utérines, et les fausses membranes anciennes du petit bassin. Telle est encore la musculature utérine lorsqu'elle a subi un processus scléreux ou atrophique.

B) Parfois ces foyers ne sont éteints qu'en apparence. Les germes somnolents et affaiblis qui les habitent peuvent se réveiller fortuitement dans des conditions qui souvent nous échappent ou nous surprennent. Toutefois, il est de première importance de se rappeler toujours, dans ces cas, les débuts et les circonstances premières de la maladie. Dès lors, les réveils à distance ou *in situ* des phénomènes inflammatoires n'ont rien qui étonne, dans une affection dont l'origine est reconnue, en principe, septique ou virulente.

C) Mais souvent les altérations inflammatoires appréciables persistent d'une façon continue dans le muscle utérin ou dans les tissus péri-utérins. Elles ne se révèlent pas toujours par des phénomènes très sensibles, et la malade peut aller et venir, quoi-

que difficilement. Il y a des intermittences dans les symptômes réactionnels. Ce n'est que l'exploration directe ou la constatation des troubles fonctionnels qui en attestent l'existence. Elles sont essentiellement sujettes à des exacerbations paroxystiques, durant lesquelles l'état général participe de l'aggravation de l'état local.

Les examens, les explorations, les fatigues, le traitement parfois, sont la cause de ces exacerbations.

Somme toute, quelle que soit la forme de la maladie, quels que soient l'importance, le siège et l'extension des *lésions secondaires*, c'est-à-dire des lésions autres que celles de la muqueuse, on ne saurait les envisager autrement que comme des conséquences aléatoires, curables, mais sujettes à réapparition, tant que l'infection de la muqueuse persistera dans sa forme virulente et susceptible de diffusion.

Or la lésion muqueuse, l'endométrite, elle, persiste constamment dans tous les cas, et je n'ai pas besoin de répéter comment cette muqueuse chroniquement enflammée fournit l'aliment des inflammations secondaires dans l'épaisseur des parois et autour de l'utérus ; seulement, il faut convenir que la susceptibilité des tissus péri-utérins finit par s'atténuer et que, concurremment, la nature de l'endométrite se modifie à la longue au point qu'il ne s'agit plus que de lésions matérielles, plastiques, végétantes ou néoplasiques, sans qu'il soit posssible d'y découvrir l'élément virulent du début.

Conditions qui favorisent la persistance de l'endométrite sous la forme chronique.

Ce n'est guère que par le raisonnement, et surtout en s'attachant à comparer l'inflammation de la muqueuse utérine à l'inflammation des autres muqueuses, qu'on peut soupçonner très vraisemblablement, sinon démontrer d'une manière absolue, les causes qui prédisposent l'endométrite à la *chronicité*. Ce sont :

1° *Les constitutions morbides.*

Il y a d'abord et avant tout, comme dans tout état pathologique qui s'installe d'une façon permanente, à considérer la nature du terrain, c'est-à-dire la constitution de la malade. J'ai dit précé-

demment le peu de cas que je faisais de la doctrine des diathèses et des dyscrasies *quant à la production* exclusive de la métrite. Mais mon opinion est tout à fait inverse quant à la *permanence* de l'inflammation une fois établie par les voies explicables (1).

Je crois, au contraire, que certaines constitutions se prêtent beaucoup à la continuité de la maladie, et j'accepte pleinement, dans cette limite, l'influence de l'état général du sujet, aussi bien que celle de ses aptitudes morbides.

J'aurais beaucoup d'exemples à citer dans le nombre de mes observations, où j'ai vu des femmes affectées, les unes d'acné invétérée ou de toute autre lésion cutanée rebelle ; les autres d'un état de lymphatisme exagéré avec adénopathie permanente ; les autres enfin, sous le coup de la tuberculose ou d'une cachexie visible. Chez ces femmes, les affections chroniques de l'endometrium, et surtout du revêtement interne du col, sont en quelque sorte éternelles et incurables. C'est au point qu'aujourd'hui, lassé souvent par la persistance désespérante de ces états pathologiques du col, j'ai une grande tendance à recourir aux procédés chirurgicaux, ainsi qu'on le verra plus loin.

J'accepte donc, pour ma part, l'influence des prédispositions constitutionnelles sur le passage de la métrite aiguë à l'état chronique. Je suis convaincu que telle phlogose, qui, chez une femme saine effleurerait simplement la muqueuse et resterait superficielle, épithéliale, chez une autre femme prédisposée différemment, deviendra permanente et gagnera en profondeur.

2° *Les conditions dans lesquelles la métrite s'est produite par l'inoculation septique des couches profondes de la muqueuse* (*métr. post-partum ou post-abortum*).

Si l'élément pathogène est introduit dans l'utérus au moment où se produit la desquamation plus ou moins complète qui se fait à l'époque des RÈGLES, desquamation qui fait tomber l'épithélium, ouvre les glandes, et parfois découvre le stroma profond de la muqueuse (les auteurs divergent à cet égard) ; si c'est à la suite de l'accouchement ou de l'avortement, alors qu'il ne reste à la surface interne de l'utérus qu'une mince couche de muqueuse représentée par un stratum de jeunes cellules, et le fond des culs-

(1) Voir dans mon livre « La Pratique gynécologique », t. I, le chapitre relatif à *la chronicité*.

de-sac glandulaires, largement béant, il est clair que l'inflammation, *profonde à son origine*, restera profonde. Dans le cas spécial d'endométrite post-partum, lorsque le muscle utérin revenant promptement sur lui-même, aura réduit la surface de la cavité utérine, la muqueuse se tassera, apparaîtra plus épaisse, et, au fur à mesure de sa restauration, enfermera dans sa profondeur les couches primitivement atteintes par l'inflammation septique. La chronicité peut être prévue fatalement d'emblée.

3° *Le degré de virulence de l'élément pathogène.*

Ici, la question est difficile à discuter. Mais elle se juge d'elle-même par l'observation. Tel microbe est d'une action persistante et jouit de facultés de propagation vraiment singulières, soit en surface, soit en profondeur. Tel autre est d'une action très éphémère, très superficielle. Mêmes phénomènes s'observent sans que l'explication en ait été fournie davantage, pour les muqueuses en général, mais surtout pour la conjonctive, le revêtement de l'urèthre, du pharynx, des amygdales, etc.

C'est le cas de rappeler ici l'intensité de certains germes septiques et aussi celle du microbe qui paraît spécialement lié à la production de la gonorrhée et de la blennorrhagie : le gonococcus. La nature et le degré d'intensité du virus (1) doivent être les causes prépondérantes de la chronicité. Car toutes choses égales d'ailleurs, sur les autres muqueuses (*urèthre ou œil*), c'est encore la qualité du virus qui juge la durée de la lésion.

4° *Les conditions névro-vasculaires défectueuses de l'utérus.*

Ces conditions sont les unes liées à l'apparition ou à l'évolution même des lésions de l'endometrium ; telles sont les thromboses ou les stases veineuses et lymphatiques qui accompagnent les septicémies puerpérales ; les congestions réflexes qui sont dépendantes de l'existence des cicatrices douloureuses ; les atonies générales ou partielles du muscle utérin.

Enfin les hystériques ou les femmes à tempérament excitable sont fréquemment sujettes à des congestions actives ou à des spasmes qui gênent la circulation en retour. Chez elles, les métrites s'exacerbent avec une facilité extrême.

5° *Les irritations mécaniques et les congestions qui en dépendent.*

Ceci regarde surtout le coït, ou les frottements douloureux qui

(1) *Virus* signifie ici, *germe pathogène, microbe.*

sont la conséquence habituelle des lacérations bilatérales du col suivies de l'éversion des lèvres du museau de tanche (ectropion). La muqueuse intra-cervicale est, dans ce cas, renversée et frotte sur la muqueuse du vagin. De là, irritation constante et chronicité certaine d'une inflammation qui eût été tout à fait passagère si l'ectropion n'eût pas existé.

6° *Le manque de repos de l'utérus. La menstruation.*

La muqueuse utérine est en travail perpétuel. L'effort menstruel l'occupe presque continuellement. Il est difficile de penser que les conditions circulatoires de cette période soient plutôt favorables que défavorables à la cure de la métrite aiguë (1). Néanmoins, on en voit guérir spontanément.

7° *La structure de la muqueuse et la disposition des follicules glandulaires.*

Si l'on interroge cliniquement l'allure de l'inflammation dans l'étendue des voies génitales, on voit celle-ci persister avec les caractères les plus accentués de la chronicité : au *vagin*, dans les glandes folliculaires du vestibule ; à l'*utérus*, dans les follicules du col. Au corps, la disposition tubulée des cœcums et la situation profonde des culs-de-sac explique pourquoi, lorsque les culs-de-sac sont pris, la lésion est rebelle à toute guérison spontanée.

C'est là, pour moi, une cause puissante de la tendance à la chronicité de l'affection, si surtout on y ajoute l'influence de la nature du virus. Ces deux éléments suffiraient, je crois, à tout expliquer à défaut d'autre.

Dans ces conditions, on peut parfaitement comparer l'état de l'utérus affecté d'inflammation endométritique virulente ou septique à l'état de l'urèthre. La *métrite antérieure* ou métrite du col correspond fort bien à *l'uréthrite postérieure*. Dans ces deux sièges, l'inflammation est également rebelle et de longue durée ; dans ces deux points, on trouve des follicules ramifiés en grappes, profondément situés, de structure identique. Je ne veux pas insister autrement, mais l'analogie est frappante.

Telles sont, présentées sous les sept rubriques précédentes, les conditions qui favorisent la production de la forme chronique de l'endométrite.

(1) Cette proposition sera développée et discutée à propos de la métrite cervicale. On y verra le rôle fâcheux de la période congestive.

Conditions qui expliquent la persistance de la métrite totale à l'état chronique. — Sténose mécanique ou spasmodique du col utérin. — Difficulté du drainage naturel de l'utérus. — Spasmes douloureux de l'utérus, ses caractères cliniques.

Il n'est guère discutable que, dans les premières phases de la métrite chronique, c'est comme dans la forme infectieuse aiguë, le transport direct par les lymphatiques et par les éléments anatomiques des tissus qui fournit le mécanisme de l'entretien de l'inflammation chronique généralisée à tous les tissus utérins et péri-utérins. Nous devons encore à M. de Sinety la démonstration de cette donnée qui domine nettement dans son livre.

La muqueuse, à la période initiale, est, dans toutes ses parties constituantes, cellules épithéliales et conjonctives, glandes et lymphatiques, infiltrée d'éléments pathogènes. Elle se gonfle, s'hypertrophie et végète ou s'ulcère, saigne fréquemment, sécrète un pus plus ou moins abondant et riche en microbes pyogéniques, parfois un liquide moins altéré, mais pourvu néanmoins d'éléments vivants étrangers à l'organisme. Parfois la sécrétion purulente alterne avec des périodes où l'écoulement est normal en apparence ou presque nul. La muqueuse et ses produits de sécrétion présentent, en un mot, tous les types anatomiques connus comme appartenant à l'endométrite chronique tels que la clinique et le microscope nous les ont fait connaître. Cet état se complique presque toujours de la vaginite chronique des culs-de-sac. Ces processus ne diffèrent pas d'ailleurs de ceux que l'on constate dans les inflammations chroniques localisées en des foyers inflammatoires qui se détergent difficilement.

Pour mieux exposer ma pensée, je comparerais volontiers ce qui se passe dans l'utérus enflammé chroniquement avec ce qui survient dans un abcès profond, fistuleux, à détersion difficile, ou dans certaines adénites.

Dans les deux cas, la paroi interne est infiltrée de microbes pyogéniques ; l'écoulement des produits de l'inflammation se fait difficilement et les tissus circonvoisins participant de proche en proche aux influences de la résorption continuelle de ses produits, subissent de profondes altérations dans leur constitution : engor-

gements, indurations, empâtements, etc., plus ou moins étendus. La surface interne de l'utérus, il est vrai, ne se comporte pas, à cet égard, comme la paroi d'un abcès. Elle est appliquée sur un corps musculaire mobile, contractile, et de plus, elle est sujette à des fluxions périodiques commandées par la fonction menstruelle. A ce titre, elle ne saurait se transformer en une sorte de loge kystique destinée à isoler la cavité enflammée à la manière de la coque d'un abcès ordinaire. L'assimilation n'est donc pas complète, mais la comparaison reste saisissante.

Pour l'utérus effectivement, l'obstacle à la détersion, c'est, lorsque cet obstacle existe : *l'occlusion du col.*

Cette occlusion est tantôt le fait de la muqueuse boursouflée et turgide, ou de la déviation de l'axe utérin, d'une flexion quelconque (*atrésie mécanique*) ;

Tantôt c'est un spasme habituel ou passager, douloureux (*atrésie spasmodique*).

Le spasme peut exister sans la douleur ; c'est rare. Tantôt la coarctation provient de la turgescence habituelle des parois musculaires de l'utérus due aux exsudats interstitiels, ou de la compression exercée sur l'organe par un exsudat paramétritique plus ou moins organisé. Généralement, l'atrésie est plus fréquente dans les cas très anciens, alors que déjà les lésions interstitielles ont transformé le tissu utérin normal en tissu fibroïde.

Exceptionnellement, enfin, l'atrésie mécanique n'existe pas et la métrite en est plus aisément curable. C'est surtout dans les endométrites récentes que le fait s'observe, et, quant au spasme, s'il existe, il cède assez aisément.

Ici, je dois reconnaître que la plupart des auteurs acceptent que, dans la métrite chronique, le trajet cervical n'est généralement point rétréci. — Il faut s'entendre : — s'il s'agit de faire pénétrer dans l'utérus une sonde ou un instrument, même assez volumineux, on le peut en effet. Il suffit de redresser le canal dévié, d'en suivre exactement la direction, et la sonde a facilement raison de l'obstacle apporté par des fongosités molles ou par la muqueuse épaissie qui effacent la lumière du trajet du col.

Mais il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de l'expulsion des produits contenus à l'intérieur de la cavité utérine.

Tous les auteurs s'accordent pour constater le plus souvent

l'augmentation de la capacité de l'organe, sa distension et la rétention des produits, lorsque les sécrétions et les exsudations séro-sanguines sont abondantes. Donc, ce qui n'empêche pas la pénétration de dehors en dedans par un instrument, empêchera fatalement le passage de dedans en dehors des sécrétions retenues.

On peut donc dire, qu'en règle générale, il y a dans l'endométrite chronique une sorte d'atrésie du col qui équivaut à la difficulté plus ou moins grande du *drainage naturel* de l'utérus. L'évacuation du contenu se fait périodiquement, et elle est rendue d'autant plus difficile que la musculature du corps de la matrice est plus malade et plus affaiblie.

Cette évacuation est parfois précédée et accompagnée de douleurs, de coliques, véritables *épreintes utérines*, sur la nature desquelles tous les auteurs ne paraissent pas bien fixés. On admet généralement que ces coliques sont dues soit à l'effort que fait l'organe pour chasser le contenu qui le remplit et le distend, mucus, sang, caillots, pus, soit à l'effraction violente subie par le trajet cervical dévié ou obstrué, soit enfin à un spasme douloureux, résultant de l'hypéresthésie morbide de cette région. Il ne me paraît pas qu'on ait beaucoup songé à la présence de végétations polypoïdes de la muqueuse dans l'étendue du canal du col et à l'irritation exercée par ces néoplasmes inflammatoires sur l'orifice interne. Souvent même la muqueuse n'est que tuméfiée et très légèrement bourgeonnante, à ce niveau, et cela suffit pour que ces *épreintes utérines* existent intenses et presque continuelles. Il n'y a qu'à racler ces productions, et les douleurs disparaissent. J'ai souvent enlevé avec la curette des lambeaux de muqueuse ainsi modifiée au niveau du col, uniquement pour en faire l'examen histologique, et le résultat a été parfois immédiat quant à la suppression de la douleur.

Je reviens et j'insiste sur la difficulté habituelle de la détersion utérine sur laquelle je ne conserve aucun doute, et qui se révèle dans toute son évidence dès que l'organe est affecté d'une déviation, flexion ou version en avant ou en arrière. — Dans tous ces cas donc, la résorption des sécrétions septiques est inévitable. — Même lorsqu'il n'y a réellement point d'atrésie et que la détersion paraît facile, la résorption est favorisée par le *retour des*

menstrues et l'effraction périodique de la muqueuse qui en est la conséquence.

Méso ou Myométrite. — Paramétrite. — Périmétrite.

Des phénomènes primordiaux, localisés dans l'endométrium, constatables à des degrés très divers, puisqu'ils existent dans toute métrite chronique, banals si l'on veut, mais sur lesquels j'ai insisté à dessein, découlent les altérations prochaines de la musculature utérine. — C'est ainsi que l'infiltration exsudative, la turgescence, l'inflammation chronique du reste de l'organe procèdent directement des processus morbides primitifs développés dans la muqueuse. — La paroi musculaire est, en effet, l'aboutissant immédiat des produits pathologiques résorbés. — Sans parler des vaisseaux lymphatiques, la paroi musculaire contient, je l'ai déjà dit, dans son épaisseur, le cœcum terminal de quelques-unes des glandes du corps qui sont habituellement malades dans toute leur hauteur. S'il s'agit de la portion cervicale, elle renferme les grappes et les lobules des follicules du col. Elle subit donc directement le contre-coup de l'état pathologique de la muqueuse.

Je n'entreprendrai pas de rappeler ici les diverses formes sous lesquelles les auteurs décrivent les processus qui prennent place maintenant dans cette esquisse rapide de la myométrite. J'avoue même que cette nomenclature anatomique n'est pour moi ni nécessaire, ni utile. Les formes dites *parenchymateuse, interstitielle*, souvent d'une manière très confuse, équivalent à des prédominances de telle ou telle variété de processus morbide, ou de telle ou telle période de l'évolution de la maladie. Elles sont inutiles et sont basées sur une erreur d'interprétation anatomique. A mon avis et bien que la donnée *histologique* me paraisse intéressante pour l'appréciation des lésions de la musculature utérine dans la métrite chronique, elle n'a qu'une importance secondaire dans l'espèce, dès que nous connaissons les liens pathogéniques qui dessinent la succession et l'enchaînement de ces lésions. La donnée *étiologique* me paraît, en pratique, bien supérieure à la donnée nosologique toujours plus ou moins artificielle.

Donc, je me contenterai de l'exposé précédent qui indique comment et pourquoi la paroi utérine devient malade après son revêtement interne.

J'ajouterai seulement que l'extension des lésions muqueuses vers la profondeur est, d'autre part, facilitée et entretenue par certaines conditions telles que l'arrêt de l'involution qui accompagne habituellement l'endométrite, quand il s'agit des lésions d'origine puerpérale. Je ferai ressortir ensuite que les lésions du tissu musculaire sont beaucoup moins connues que celles de la muqueuse et qu'elles appartiennent surtout au *début de la maladie.*

La même explication s'applique aux tissus circonvoisins, *périmétrite*, *paramétrite*, *cellulite*, etc. ; leur histoire m'entraînerait trop loin. Elle trouvera sa place dans un autre travail.

Ainsi se trouvent reliés étroitement les phénomènes et les lésions qui caractérisent toutes les métrites chroniques. Je voudrais même aller plus loin, et dire simplement : *la métrite chronique*, pour bien montrer que cette simplification de la terminologie, et cette unification de la maladie sont d'accord avec l'esprit scientifique moderne qui remonte plus haut que la lésion, jusqu'à la cause qui la produit.

Si ma comparaison de tout à l'heure de la cavité utérine chroniquement enflammée avec la cavité d'un abcès fistuleux, peut paraître contestable, les faits cliniques n'en sont pas moins certains, et je montrerai bientôt qu'ils sont corroborés par la similitude de la thérapeutique.

C'est surtout en se rappelant la métrite aiguë que l'on comprend que tout est solidaire dans l'ensemble des processus de la métrite chronique.

Etat général résultant de l'existence de la métrite chronique. — Métastases organiques insidieuses.

Je ne veux pas parler des conséquences qu'entraînent pour les malades le repos permanent, l'inaction forcée, le retour paroxystique ou la permanence des douleurs, la stérilité, la leucorrhée, les hémorrhagies, même les accès nerveux ou fébriles qui sont

provoqués par le seul fait des congestions ou des douleurs intenses, mais bien du retentissement éloigné qui peut affecter l'organisme, sous des modalités pathologiques diverses, et qui n'a d'autre source que le transport des principes morbides puisés au sein de l'appareil génital malade chroniquement. — Depuis que j'ai publié mon travail sur les états infectieux de la puerpéralité, j'ai souvent rencontré des cas aigus de septicémie très atténuée, éclatant tardivement, insidieusement, sous des formes variées, à une époque parfois très éloignée de l'accouchement. J'ai ébauché, dans ma thèse, le tableau clinique de cette forme de la septicémie des femmes en couches, et je possède aujourd'hui les matériaux d'un travail assez complet sur ce sujet.

C'est souvent *trois* mois, *quatre* mois après un accouchement ou un avortement, accidentés par l'apparition d'une infection passagère en apparence, et qui semble complètement s'éteindre par la suite, que s'accusent des états morbides divers : fièvre continue sans localisation organique précise, anémies graves avec aspect subictérique et crises fébriles intermittentes ou rémittentes, parfois rhumatismes fugaces, erratiques, caractérisés par la mobilité bien plus que par l'intensité des phénomènes réactionnels, caractérisés aussi par la localisation pleurale, endocardique ou péricardique. En un mot, ce sont des états vagues, difficiles à classer dans une série nosologique quelconque.

Dans certains cas, la scène s'offre avec l'aspect d'une maladie grave ; il *se fait du pus*. C'est la métastase pyoémique qui a accompli lentement son évolution par la création de foyers articulaires pleuraux ou méningitiques. Longtemps confinée dans des foyers fermés, dans un sinus veineux ou au sein d'un coagulum lymphatique, la colonie microbienne a été subitement libérée et s'est répandue dans l'organisme. La maladie, jugulée jusque-là, a éclaté sous une nouvelle forme.

Je ne puis insister longuement ici sur des faits que je me réserve de mettre en lumière plus tard, mais je puis d'un mot les grouper sous la dénomination de *fièvre puerpérale tardive*. Ce qui manque, en effet, à l'histoire de semblables états, c'est la notion étiologique. Le médecin cherche et ne trouve pas l'origine et la cause d'un semblable mal. Qu'il vienne à interroger la malade, il apprendra qu'elle a accouché ou avorté quelques semaines, quel-

ques mois auparavant. Il apprendra, en outre, que la marche des couches n'a pas été absolument normale, qu'il y a eu fétidité des écoulements, douleur, fièvre, etc., que depuis, la santé n'a pas été parfaite. Dès lors, tout s'explique et beaucoup de ces affections post-puerpérales tardives, qu'en raison de la difficulté de découvrir des lésions matérielles, l'on serait tenté de dissocier de l'infection primordiale éloignée, révèlent leur lien évident avec l'accident puerpéral ancien.

Je puis appuyer cette explication par des faits nombreux, recueillis avec soin et dont certains ont été observés par d'autres cliniciens que moi, entre autres par M. le Dr **Hutinel**, médecin des hôpitaux et par mon excellent ami M. le Dr **Talamon**, médecin des hôpitaux, pendant son clinicat à l'Hôtel-Dieu. Elle m'est garantie, quant à moi, par le soin que j'ai porté à l'étude suivie de mes malades et à la constatation rigoureuse de la marche de la santé depuis les couches jusqu'à la production des accidents tardifs.

Le lien intermédiaire entre l'infection puerpérale légère du début et l'infection tardive est toujours, dans ces cas, l'*endométrite*, accompagnée parfois de son cortège habituel de *lésions péri ou para-utérines*, mais discrètes et malaisées à déterminer ; parfois l'endométrite seule. Je n'ai pas besoin d'insister autrement.

Or, ceci ne saurait être un fait isolé, et tout observateur a déjà saisi la liaison qu'il est aisé d'établir entre les endométrites post-puerpérales, et celles qui ont pour origine une autre cause.

Lorsque la *gonorrhée* ou la *blennorrhagie* ont envahi la muqueuse génitale et les tissus circonvoisins, les phénomènes à distance peuvent survenir de la même façon que dans la période puerpérale. J'ai la démonstration de ces faits par des observations que j'ai eu occasion de recueillir dans des conditions fort probantes. La doctrine des métastases dans les affections vénériennes est même, si l'on peut dire, mieux établie peut-être que pour le groupe d'affections dont je viens de parler. Assurément on n'a pas éclairci complètement toutes les lésions éloignées susceptibles d'éclater à leur suite, mais en ce qui concerne les décharges virulentes dans les articulations, la question est jugée. Je me contenterai de renvoyer à l'excellent travail publié par

Talamon dans la *Revue de Médecine* de 1878 et à la Thèse de **F. Brun**.

Si donc, on est en droit d'accuser la blennorrhée chronique de ces graves atteintes lorsqu'il s'agit d'une affection simplement superficielle et récente du vagin, à plus forte raison ces atteintes sont-elles à redouter lorsqu'il s'agit d'une lésion vieille et profonde de l'utérus compliquée le plus souvent de maladies chroniques des annexes qui sont autant de foyers septiques secondaires surajoutés au foyer primitif utérin (*salpingite, ovarite et périovarite, pelvipéritonite*). Cette histoire de la gonorrhée de la femme est mal connue chez nous, malheureusement. Qu'il me suffise, en attendant qu'une occasion se présente pour la mettre en pleine évidence, de rappeler les travaux de **Nœggerath**, d'**Angus Macdonald**, de **Léopold**, de **Sœnger**, de **Zeiss**, de **Tait**, etc.

Enfin si je laisse de côté ces premières variétés d'endométrite, les plus fréquentes assurément, pour envisager les formes qui relèvent d'une étiologie plus ou moins obscure, telle que l'évolution utérine d'un *processus infectieux interne*, fièvre typhoïde, variole, scarlatine, etc., ou telle qu'une septicémie *banale* d'origine extérieure, occasionnée par l'introduction fortuite d'éléments microbiens pathogènes, par des instruments, pessaires, objets divers, — par l'altération du sang des règles ou des produits d'un catarrhe simple, j'arrive aux mêmes conclusions, à savoir que les métastases éloignées, une fois le foyer septique créé, sont tout aussi bien possibles dans ces cas que dans les autres. J'ai fait plusieurs autopsies dans lesquelles j'ai trouvé du pus dans les lymphatiques péri-utérins et utérins, et même dans des branches assez volumineuses qui sillonnaient les trompes, sur des femmes, qui avaient été soupçonnées de toute autre affection qu'une maladie génitale. On avait trouvé simplement, pendant la vie, un état général grave, des lésions pleurales ou pleuro-pneumoniques, tantôt des lésions hépatiques, alors qu'il s'agissait d'une vieille métrite (Hôtel-Dieu 1879). Je me rappelle une jeune femme affectée d'un kyste hépatique simple qui jamais n'avait donné lieu à aucun signe d'inflammation ou de réaction générale. Une métrite survient, avec catarrhe muco-purulent abondant, phénomènes pelviens, etc.; le kyste se met à suppurer.

La femme meurt de septicémie généralisée avec du pus dans les articulations et les méninges ; on avait diagnostiqué une fièvre continue grave.

J'ai, sans chercher, rencontré des observations qui démontrent ces graves atteintes de l'état général dans la métrite, entre autres, une publiée par M. **Tuffier** (1) où il est question d'infection septique généralisée, provoquée par des pointes de feu pratiquées sur le col d'une femme chez laquelle des phénomènes de métrite avaient existé et s'étaient amendés sous l'influence du repos. Il est à croire que tout n'avait pas disparu, car le col était resté gros, et à l'autopsie on trouva du pus dans des veines du bassin. Que d'observations analogues ! Quand ce n'est pas une intervention intempestive ou dangereuse, c'est un excès de fatigue, un traumatisme, une violence.

Chez les femmes affectées d'endométrite, les règles provoquent même parfois l'apparition de phénomènes fébriles, mal caractérisés, avec courbatures, lassitude, état gastrique, éruption d'herpès, et c'est une notion bien connue des médecins que c'est à ce moment que l'invasion de certaines maladies, grippe, embarras gastrique, douleurs rhumatoïdes, névralgies, etc., font leur apparition saisonnière. Or, dans un grand nombre de cas où j'ai eu l'occasion d'observer de ces sortes de faits, je me suis assuré que presque toujours ces femmes ainsi frappées au moment de leurs règles traînaient depuis plus ou moins longtemps des métrites chroniques auxquelles elles s'étaient habituées, mais que chaque congestion ou chaque écart de régime venait réveiller assez habituellement. Ce n'est pas la période menstruelle et le prétendu mouvement qu'elle entraîne dans l'organisme qu'il faut accuser, dans les cas où une réaction générale se produit, mais le terrain plus profondément malade, la métrite qui couve, le principe pathogène qui sommeillait et qui a été réveillé par la fluxion périodique.

En résumé, quel que soit ce principe pathogène, il est sujet non seulement à une multiplication in situ, c'est un fait indiscutable, mais il est aussi capable de diffusion généralisée, de métastases qui en imposent assez bien pour des maladies distinctes et

(1) *Revue de chirurgie*, 1883.

indépendantes de l'affection génitale ; cela ressort des considérations qui précèdent. C'est ce que je fais rentrer dans l'étude de l'état général secondaire, de la constitution acquise, *deutéropathique*, si l'on veut, de la malade affectée de métrite chronique, retournant de la sorte la doctrine qui fait dépendre la métrite chronique d'un état général *protopathique*. Je ne nie pas ce dernier absolument, mais, à coup sûr, je crois davantage à la certitude et à la fréquence du premier.

Résumé et Conclusions.

Je résumerais volontiers ce qui précède par quelques aphorismes très simples :

1° *L'endométrite est la lésion initiale de l'inflammation de l'utérus.*

2° *Elle reste permanente dans l'inflammation chronique.*

3° *Dans la métrite aiguë et les périodes initiales de la métrite chronique surtout, la muqueuse enflammée est le foyer incessamment renouvelé qui alimente les foyers morbides secondaires : musculature utérine, lymphatiques, annexes, péritoine, parametrium.*

4° *L'occlusion du col : mécanique, spasmodique ou organique, quand elle existe, cause la rétention des produits septiques et favorise la résorption. Il en est de même des déviations accentuées, surtout la rétroversion.*

5° *La guérison spontanée de la métrite chronique est rendue très longue et très difficile, par la profondeur des lésions qui gagnent jusqu'aux culs-de-sac glandulaires, — par le retour périodique des règles, — par l'atonie de la musculature utérine qui ne concourt point à la détersion de la cavité et favorise, au contraire, la pénétration des germes phlogogènes.*

Ces prémisses posées, il me faut envisager avec précision les lésions anatomiques de l'endométrite, car il découle de ces données que la guérison de la métrite chronique est en quelque sorte dépendante de la guérison de l'endométrite. Or, on n'arrive à l'institution d'un traitement complètement rationnel que par la connaissance précise des altérations réelles de la muqueuse.

II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE GÉNÉRALE DE L'ENDOMÉTRITE

La notion d'origine et de cause, par rapport aux lésions, est prédominante pour fixer le principe général de l'intervention thérapeutique dans l'endométrite chronique.

La notion matérielle et la connaissance histologique des lésions sont prédominantes pour régler la forme et le degré d'action à exercer sur la muqueuse malade.

Je me trompe peut-être, mais il me semble, qu'en général, la notion des altérations subies anatomiquement par la muqueuse utérine chroniquement enflammée est très vague, sinon complètement ignorée.

Cela tient à plusieurs causes : d'abord à ce qu'on a très rarement l'occasion de les constater matériellement. Il y a beaucoup de praticiens qui n'ont jamais vu de bourgeons fongueux de l'endométrium, et il y en a beaucoup plus qui n'ont pas examiné une coupe histologique d'une muqueuse hyperplasiée chroniquement.

Cela tient, en second lieu, à ce que les formes intenses, durables et caractéristiques de l'affection sont rares, comparativement aux formes légères, désignées généralement sous le nom de catarrhe chronique. Or, dans ces dernières formes, on soupçonne simplement un trouble fonctionnel, et on voit surtout la sécrétion viciée, la leucorrhée, là où l'altération épithéliale de toute la muqueuse réalise souvent une endométrite du parenchyme, culs-de-sac glandulaires y compris.

Au fond, il faut avouer que la gravité et la durée de la maladie ne paraissent nullement se rattacher à la nature des lésions réa-

lisées, mais bien plutôt à la nature du principe qui a déterminé ces lésions.

En effet, on conçoit fort bien une endométrite épithéliale totale qui occupera toute la muqueuse, voire même toute l'étendue des culs-de-sac glandulaires, sans que le tissu interglandulaire s'enflamme. Il suffit, pour cela, que le principe phlogogène soit assez discret et d'une vitalité très éphémère, la résistance du tissu assez considérable, l'effort curatif spontané.

On conçoit mieux encore que la lésion du revêtement épithélial ne se propage que très peu dans les conduits glandulaires et que la lésion reste toute en surface, parce que l'effort vital qui repousse continuellement vers leur orifice les éléments sécrétés dans la profondeur des culs-de-sac, et qui vide le contenu de la glande dans la cavité utérine, persiste dans son intégrité. La musculature utérine n'aura point subi d'altération dans ses fonctions. Cela doit être le cas pour la gonorrhée.

Mais on comprend tout aussi bien qu'une inflammation septique, qui survient après un avortement par exemple, et qui surprend la muqueuse dépouillée en partie et réduite à sa couche profonde, le tissu musculaire étant lui-même dans de mauvaises conditions de résistance, crée une lésion totale et qui, même si l'involution s'accomplit, réalisera la forme la plus générale de l'endométrite épithéliale, sans préjudice des lésions interstitielles.

J'en dirai autant des conditions analogues qui surprendront l'utérus à la période menstruelle, surtout si la muqueuse subit habituellement, à cette époque, une desquamation appréciable, comme cela arrive chez certaines femmes affectées de dysménorrhée.

Je ne saurais donc dissimuler que, malgré tout, je suis encore ici, comme pour la métrite en général, dominé par la notion de cause bien plus que par la notion de lésion. D'ailleurs, il semble que les auteurs aient voulu justifier cette manière de voir par la variété et le nombre de synonymes qu'ils ont affectés à la maladie.

Fongosités utérines (**Récamier**). Endométrite hyperplastique chronique ou polypeuse (**Olshausen**). Dégénérescence fongueuse de la muqueuse utérine (**Thomas**). Endométrite chronique (**Hégar** et **Kaltenbach**). Métrite hémorrhagique (**Weber**).

Métrite villeuse, **Slawianski**. Catarrhe chronique (classiques).

On en déduit aisément la nature et les formes anatomiques que **Walton** résume ainsi dans une récente monographie :

a) Forme diffuse à granulations serrées, développées en groupes, érodées et ulcérées par le catarrhe chronique ou bien répandues sur toute la muqueuse, semblable à la conjonctivite granuleuse. (*Atthill.*)

b) Une hyperplasie générale uniforme de toute la muqueuse du corps utérin sans formation polypeuse. Un état morbide pulpeux de la couche muqueuse. (*Tanner.*)

c) De nombreuses végétations polypeuses répandues sur la muqueuse hyperplasiée (endométrite polypeuse d'*Olshausen*).

Les lésions microscopiques sont étudiées avec le plus grand soin dans le mémoire de **Ruge** cité précédemment et dans le chapitre dû à cet auteur qui se trouve intercalé dans l'ouvrage de **Schrœder**. Mais dans les comparaisons et les détails histologiques fournis d'après ces divers travaux, il est impossible de retrouver autre chose que le complexus banal de l'*inflammation* tel qu'on le rencontre sur toutes les muqueuses analogues. Les lésions, comme dans le larynx, comme dans le conduit auditif, etc., portent sur le substratum conjonctif qui prolifère, sur les glandes qui s'hypertrophient, s'oblitèrent, forment des kystes, etc., sur l'épithélium de protection qui disparaît dans sa forme régulière ou qui sert de base à la production de touffes villeuses. Ajoutez à cela les altérations des vaisseaux, varicosités, thromboses veineuses localisées, endartérite, hypertrophie des parois, ruptures et atrésies artérielles d'où apoplexies, ulcérations et nécroses partielles du tissu affecté ; enfin les altérations des sécrétions, sérosité, pus ou muco-pus, deliquiums des cellules épithéliales malades ; enfin les hémorrhagies.

De ces lésions, dont les éléments primordiaux sont si aisés à saisir et à grouper, résultent les modifications d'aspect de l'endométrium, les vallonnements, les bourgeons exubérants, puis les fongosités, les polypes (endométrite glandulaire de **Schrœder**), etc..., et de la prédominance de telle lésion visible sur les autres proviennent les classifications artificielles des auteurs.

On pourrait tout au plus accepter la nécessité de différencier

les cas, suivant le degré de profondeur de la lésion, si la chose était possible et de distinguer les endométrites en *superficielles* et *profondes*, c'est-à-dire 1° en *épithéliales*, 2° en *parenchymateuses* ou *interstitielles*. Mais, *épithéliale*, l'endométrite serait tout aussi bien ou superficielle ou profonde suivant que les goulots ou les culs-de-sac folliculaires seraient ou ne seraient pas respectés. Les goulots étant atteints la lésion devient parenchymateuse. D'un autre côté, les conduits glandulaires n'échappent guère à une inflammation qui s'installe dans les cellules de revêtement de leur orifice et des zones restreintes qui séparent ces orifices. Enfin si l'épithélium est malade d'une façon tant soit peu sérieuse, le stroma inter-glandulaire, le tissu interstitiel seront forcément altérés. Quel résultat découlerait-il de ces divisions pour la pratique, du moment que l'on accepte que la lésion glandulaire est quasi-constante, pour peu que la maladie soit ancienne ?

Quelle nécessité donc de distinguer en pratique, puisque, s'il faut extraire les parties malades et particulièrement les glandes, il faudra agir sur toute la muqueuse ?.. car les glandes sont autant de clous qui pénètrent de la surface de l'endométrium à la couche musculeuse de l'utérus. Que le stroma interstitiel soit ou paraisse peu affecté, il n'en est pas moins acquis que les assises épithéliales superficielles se continuent dans les goulots, jusqu'aux culs-de-sac des glandes, constituant le revêtement total de l'endométrium et que ce revêtement est souvent malade dans sa totalité. Même phénomène s'observe dans les uréthrites chroniques, au niveau des glandes prostatiques. Seulement, pour la muqueuse utérine la proposition thérapeutique est des plus simples. Il s'agit en effet d'une membrane molle, de structure purement cellulaire ; de plus, elle est, de sa nature, caduque et subit mensuellement une desquamation plus ou moins profonde, conditions requises pour que l'abrasion, le grattage, le raclage, l'écouvillonnage, en un mot, toute opération destinée à la détruire soit d'autant plus aisée à pratiquer.

D'une part, il sera impossible de limiter l'action de la curette autrement qu'à la paroi solide représentée par le plan musculaire qui sert d'assise à la muqueuse.

D'autre part, toute action qui n'atteindra pas toute l'épaisseur de la muqueuse risquera d'être insuffisante.

J'arrive donc à résumer les conclusions de cette seconde partie aux propositions suivantes :

1° *Les lésions muqueuses de la métrite se concentrent tantôt dans une tendance végétante et hyperplasique qui ne cède à aucun traitement, sinon à la destruction totale, tantôt dans une sténose générale des glandes et un état kystique de leurs culs-de-sac qui n'est curable que par des procédés thérapeutiques du même genre.*

2° *Ces lésions d'ensemble aussi bien que les autres lésions accessoires, dont je ne puis que fournir l'indication abrégée : varices, thromboses, ulcérations, ruptures, granulations, etc., ont pour conséquence des symptômes habituels dont les principaux sont :*

a) Altération des sécrétions (muco-pus, pus), catarrhe chronique ;

b) Métrorrhagies à répétition et ménorrhagies ;

c) Douleurs : par rétention, par spasmes, par irradiations pelviennes.

Le tout sans préjudice des phénomènes symptomatiques dépendant des altérations variables des — parois musculaire, celluleuse ou péritonéale de l'utérus, lorsque ces altérations sont accentuées.

3° *Pour obvier aux conséquences des lésions pathologiques complexes qui caractérisent la métrite chronique, il me paraît qu'une thérapeutique très rationnelle s'impose :*

D'une part ouvrir aux sécrétions une voie d'élimination large et aisée et assurer du même coup la possibilité d'une action directe sur la muqueuse. D'autre part modifier la muqueuse dans toute son épaisseur.

A ces deux indications correspondent :

1° Le traitement local de la surface utérine ;

2° La dilatation du col utérin.

III

TRAITEMENT DE L'ENDOMÉTRITE

Je laisse de côté le traitement de l'endométrite du *col* pour en faire le sujet d'une étude séparée. Je me borne ici à la thérapeutique dirigée contre l'endométrite du *corps* de l'utérus.

A. *Injections intra-utérines.*

Je passerai rapidement sur les procédés insuffisants réalisés par les injections de liquides peu caustiques, ou même de solutions caustiques assez concentrées pour atteindre profondément la muqueuse. Ce n'est pas que je les croie dangereuses au point de vue de la pénétration des liquides dans les trompes et le péritoine, car malgré les assertions basées sur des expériences cadavériques et sur le raisonnement pur, en pratique rien n'est moins prouvé. L'innocuité même du procédé paraît certaine depuis qu'on s'entoure de précautions antiseptiques suffisantes.

Liebmann, **Gallard**, **Pajot** qui l'a employée pendant quinze ans, **Schwartz** qui a observé un nombre très considérable de cas, dans la clinique d'**Olshausen** à Halle, **Schiffers** qui se fait le défenseur de cette méthode, et beaucoup d'autres qui lui restent fidèles, n'ont que très rarement à déplorer des accidents. Son infériorité consiste dans son infidélité et dans la nécessité de recourir plusieurs fois à son emploi. D'un autre côté, pour être faite avec sécurité, elle nécessite la dilatation répétée à chaque nouvelle reprise du traitement, si on ne veut pas s'exposer à des accidents (**Kœberlé**, **Kien**, **Schiffers**, etc.). Elle laisse le champ libre à la fantaisie des médecins en ce qui concerne les topiques à employer. C'est là une source de dangers que j'envisagerai tout à l'heure. Enfin, elle est contre-indiquée par ce seul fait qu'il existe des complications inflammatoires autour de l'utérus.

Dans les cas ordinaires, et lorsque je m'y crois autorisé, je n'hésite pas à faire passer dans l'utérus cinq et six cents grammes de solutions antiseptiques et je n'ai jamais vu d'accidents.

Il suffit pour les écarter que le retour du liquide soit assuré, ce que ma sonde dilatatrice réalise parfaitement. Mais de ce que ces lavages peuvent avoir leur utilité et peuvent même suffire à guérir des endométrites récentes et légères, il ne s'ensuit pas qu'elles suffisent à la guérison des formes chroniques invétérées.

B. *Cautérisation profonde de la muqueuse avec des crayons caustiques solides.* — Pour ne parler que du *nitrate d'argent seul*, j'accorderai que ce topique atteint la muqueuse profondément et la modifie heureusement dans les cas légers. Je sais nombre de médecins qui en usent avec succès dans les catarrhes récents et accidentels. Mais les accidents sont fréquents, et j'ai déjà vu beaucoup de para-métrites, qui n'ont d'autre origine qu'un semblable traitement. De plus, il faut y recourir plusieurs fois, si le cas est tant soit peu ancien.

C. *Badigeonnage avec des pinceaux.* Même critique.

Les objections les plus sérieuses à ces méthodes proviennent de ce fait qu'elles n'ont pas de prise sur les métrites invétérées, et chaque fois qu'il existe des végétations épaisses, des masses fongueuses ou polypoïdes, leur action est fréquemment fruste.

Les caustiques solides n'atteignent pas tous les points de la surface utérine, et il suffit d'un point resté intact pour que la métrite se reproduise.

Les solutions liquides ne peuvent être employées qu'à un faible degré de concentration sous peine d'accidents variés; elles n'agissent que superficiellement, par conséquent, et ne peuvent servir que dans des cas très légers où la dilatation agit parfois seule.

Ce qui précède peut trouver sa confirmation dans ce fait que les plus récents défenseurs de la méthode, dont j'ai cité les travaux, acceptent la nécessité de l'emploi de la curette pour les cas où la muqueuse est épaissie et végétante.

Enfin, une autre objection réside, pour moi, dans l'emploi de *caustiques* coagulants, c'est-à-dire dont l'action est toute mécanique et provoque la formation d'une eschare solide, véritable barrière à l'excrétion des produits septiques. Je reviendrai tout à l'heure sur ce point et je montrerai d'où proviennent les dangers qui résultent de ce procédé.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'ENDOMÉTRITE

DE LA CURETTE.

On lit dans le livre de **Churchill**, traduction de **Leblond**, p. 311 :

Curette. « **Récamier** avait eu l'idée de détruire les fongosités à l'aide d'une curette qu'il inventa à cet effet. Le raclage de la cavité utérine, tombé bientôt dans un funeste oubli, fut plus tard réhabilité par **Robert**, **Trousseau**, **Maisonneuve**, **Nélaton** et **Nonat** ; mais, malgré l'autorité de ces noms, cette méthode de traitement n'est point employée d'une façon générale et ne peut passer dans la pratique journalière de la médecine, à cause des craintes qu'elle inspire à juste titre. Le raclage de la cavité utérine peut, en effet, donner lieu à des accidents sérieux et même mortels, par suite de la perforation de la matrice ou du développement d'une métrite suraiguë qui peut se propager au péritoine ; ainsi **Aran** cite trois cas de mort à la suite de cette opération. La perforation de la matrice n'a d'ailleurs rien qui doive nous surprendre, si l'on se rappelle que la métrite muqueuse chronique s'accompagne, le plus souvent, d'un ramollissement du parenchyme utérin et d'un amincissement des parois de l'utérus dû à la métrite parenchymateuse concomitante. Néanmoins, ce moyen a parfois été suivi de guérison, à cause de l'inflammation substitutive qui se développe à la suite du raclage de la muqueuse. »

« ... Nous croyons devoir condamner, en règle générale, l'usage de la curette. »

Je constate, d'autre part, dans le propre Traité de Gynécologie de *Leblond*, d'abord que cet auteur ne parle du curage utérin que dans les cas où la muqueuse utérine est recouverte de fongosités dans une étendue plus ou moins grande (p. 486) et ensuite qu'il insiste surtout sur le danger de cette opération. « Elle ne doit être employée qu'avec la plus grande réserve. *M. Courty* se montre très peu disposé à recourir à ce moyen ; nous partageons complètement les vues du savant chirurgien, persuadé que nous

sommes que l'on peut obtenir ordinairement la guérison des fongosités de la matrice par l'emploi de moyens beaucoup moins dangereux. » (P. 480.)

Je prends occasion de citer un mémoire de **Walton** (de Bruxelles) sur le curage de l'utérus (p. 10). — « Nous n'ignorons pas que pendant longtemps on a considéré à tort le curage de l'utérus comme une opération brutale. — Aran déclare le curage une *pratique hasardeuse* ; elle est, pour Becquerel, *barbare*. Mais c'était à l'époque où l'on ne connaissait que la curette de Récamier, instrument défectueux et dangereux..., et où le plus petit traumatisme était souvent la source des complications les plus graves. Aujourd'hui que nous possédons des curettes qui n'ont de rapport avec celle de Récamier que le nom, et grâce aux progrès croissants de l'antisepsie, nous pouvons affirmer avec Terrillon que l'opération est réellement bénigne. Ce qui n'empêche qu'on trouvera encore aujourd'hui, ainsi que le dit si bien Kaltenbach, des opérateurs qui la qualifieront de hasardeuse, barbare, voire même d'excentrique, d'audacieuse, de mortelle, etc. *Il est plus que probable que ces chirurgiens n'ont jamais pratiqué ou même ne comprennent pas la technique de l'opération.* »

Je me rattache volontiers à cette appréciation qui reproduit à peu près ma pensée.

Là où je me sépare de Walton, c'est d'abord quand il critique la curette de Récamier et ensuite quand il veut, dans un autre passage, déposséder *Récamier* de l'invention de la curette pour l'accorder à *Simon*. Or les Allemands ne contestent pas l'invention du procédé et de l'instrument au gynécologue français, et ce n'est pas une raison parce qu'il n'en a pas étendu l'usage à la destruction du cancer, pour lui refuser le mérite absolu de la priorité dans la *thérapeutique chirurgicale intra-utérine*. Personne n'avait jamais songé à contredire à cette donnée historiographique.

Voici quelques indices bibliographiques et quelques appréciations relevées dans la littérature étrangère qui montrent que l'adoption de la curette est assez générale. C'est contre les formes invétérées de l'endométrite, contre les végétations et les fongosités qu'elle est surtout usitée, ainsi que contre les hémorrhagies qui en sont la conséquence.

Bergesio (*Répertoire Universel*, Mars 1886, p. 151). Endométrite.

L'auteur, après avoir passé en revue les différents traitements de cette affection, trouve que le meilleur est : 1° le raclage utérin à l'aide de la cuiller de Simon, de la curette de Récamier ou celle de Sims, selon qu'on a à enlever des fongosités ou de simples exsudats muqueux ; 2° le transport des substances médicamenteuses dans la cavité utérine. A cet égard, il préfère la teinture d'iode pure ou coupée avec de la glycérine. L'acte opératoire est composé de plusieurs temps : 1° traitement préalable de la déviation utérine, s'il en existe ; 2° dilatation de l'orifice et de l'isthme utérin ; 3° prolapsus artificiel de l'organe ; 4° injection d'eau tiède antiseptique ; 5° raclage de la cavité, et 6° injection ou application de teinture d'iode sur la muqueuse. L'auteur porte à l'appui de la valeur de ce traitement quatre observations de guérison et deux cas encore en traitement.

Olshausen (Monogr. 1875, *Ueber chronische hyperplas. Endomet. des Corpus uteri).*

Brenneke (*A. K. f. Gynaek.*, xx, p. 455, 1882). Il y a trois espèces *d'endométrite fongueuse* ou *hyperplastique* au point de vue de l'étiologie :

1° Endométrite fongueuse ou hyperplastique d'origine *ovarienne*, menstruelle, etc. ;

2° Endométrite fongueuse ou hyperplastique, d'origine *utérine* (catarrhe, rétroflexion, atrésie, etc.) ;

3° Endométrite fongueuse ou hyperplastique déciduale (rattachées à l'avortement avec rétention partielle des membranes).

Le traitement rationnel est le *curage*. Il ne met pas complètement à l'abri des récidives. L'auteur rejette les cautérisations intra-utérines en général.

Martinow (*Wratsch*, 18 mars 1886). Curettage de l'utérus contre l'endométrite hémorrhagique, contre l'endométrite fongueuse.

Hunter (*Archiv. de Tocol.*, octobre 1885, p. 867). L'*endométrite fongueuse* a été étudiée en France par Robert d'abord (1846), par Robin ensuite (1848), Rouyer (1848) (thèse inaugurale) ; plus tard par Nélaton, Ferrier, Kœberlé, Richet, Aran, Courty, Gallard, Nonat, etc. Les Allemands ont surtout étudié la maladie au point de vue microscopique.

Le traitement consiste dans le *curage de la matrice*.

Léopold Meyer conseille comme traitement de l'endométrite chronique : grattage avec la curette de **Récamier** modifiée par **Sims**, suivi d'injections d'acide phénique à 4 %. Si cela ne suffit pas, il faut en arriver à la cautérisation avec l'acide nitrique, puis seigle ergoté et lavages vaginaux avec l'eau phéniquée à 2 1/2 % ou le sublimé à 1 1/000. (*Centralblatt. f. Gyn.*, 20 septembre 1884.)

Rheinstaedter a imaginé une cuiller curette à irrigations antiseptiques *spulloepfel.* (*Centralblatt f. Gyn.*, n° 3, 1884.)

Prochownick (*Volkm. Samml.*, n° 193). Sont susceptibles de l'emploi de la curette tranchante :

1° Les formes graves d'*endométrite chronique*, surtout celles qui s'accompagnent d'hémorrhagies et dans lesquelles il existe des excroissances fongueuses de la muqueuse ;

2° *Les endométrites secondaires* dans les cas de métrite chronique.

Résultat satisfaisant dans vingt-cinq cas d'endométrite chronique.

Werbecker Steenefel (*Ark. f. Gyn.*, xx, p. 286, 1882). Mêmes conclusions que Prochownick (*loc. cit.*). Ne veut pas de narcose chloroformique, parce que l'opération est peu douloureuse. Il se pourrait aussi qu'on imprimât à la cuiller une direction vicieuse, et on ne pourrait pas en être averti par la patiente elle-même.

Rabenau (*loc. cit.*). Sur quatre-vingt-seize endométrites, a rencontré trente-sept fois le rétrécissement pour lequel il fit la discision, vingt fois compliqué d'allongement hypertrophique du col ; vingt et une fois métrite chronique ; trente-huit fois endométrite hémorrhagique ; (sept fois ovarite et salpingite : chez quatre, guérison parfaite et arrêt des hémorrhagies, etc.).

Duvelius (*Société gynécologique de Berlin*, 11 janvier 1883). (*Toc.*, 1884.) Etudie le grattage en général — plusieurs cas dans la rétention de débris placentaires. Soixante femmes devinrent enceintes après le grattage (procédé de **Martin**, de Berlin).

Clinton Cushing recommande la curette mousse dans le traitement de l'*hémorrhagie par congestion* de l'utérus ; surtout dans les cas d'*hypertrophie* du corps ou de subinvolution.

La première période cataméniale qui suit le curage est souvent profuse, et l'abondance ne diminue souvent qu'à la seconde ou à la troisième.

Quand le curage est fait dans des cas bien indiqués, avec les précautions antiseptiques voulues, en faisant garder le lit immédiatement après, en donnant de la morphine s'il y a douleur, *il peut être considéré comme à peine un peu plus dangereux que le passage de l'hystéromètre.* Il faut se servir de la curette mousse de Thomas. Les curettes tranchantes sont dangereuses.

Hart et **Barbour** (p. 313, traduction de Crouzat) emploient la curette contre l'endométrite, même pour les cas de cellulite ou de péritonite aiguës concomitantes. Ils décrivent longuement le manuel opératoire. Ils acceptent l'usage des caustiques portés dans l'utérus, dans certains cas, et font également une place aux injections intra-utérines. Leur étude est plutôt un exposé qu'une discussion décisive. L'abaissement de l'utérus rentre dans la méthode, ainsi qu'ils la développent. Le chloroforme n'est indispensable que dans le cas où la malade est très nerveuse.

Je pourrais fournir une foule d'autres noms : **Schrœder, Martin, Braun**, **Bandl**, **Weit**, etc. Mais il est inutile de multiplier davantage les citations. Je m'exposerais à répéter ici une longue notice historique que j'ai établie pour la défense du curage dans l'avortement incomplet et l'endométrite *post-partum* ou *post-abortum*, étudié dans un autre travail. — Celle-ci complète l'autre.

Et maintenant, je voudrais pouvoir dire que cette pratique, qui fut la nôtre autrefois, trouve aujourd'hui des adhérents en France ; je voudrais pouvoir citer, sinon un courant bien établi, au moins une tendance ; mais, malheureusement, jusqu'ici, cette tendance ne se voit pas, et ce qui se voit, au contraire, c'est une hostilité très accusée contre les méthodes d'action énergiques.

Demarquay se servait quelquefois de la curette, mais surtout contre le cancer.

Ménière la vante cependant contre l'endométrite végétante.

Depuis l'hostilité qu'ont manifestée, contre le curage, les membres de la Société de chirurgie en 1884 (séances de juin et juillet), il ne s'est pas élevé de protestation.

M. Terrillon a traité la question plus récemment et s'est montré adhérent de la méthode, mais il ne paraît pas qu'il en ait encore beaucoup usé contre l'endométrite.

Dans la thèse d'un de ses élèves, **F. Adriet**, Paris 1885, je vois quelques observations de raclage dans les cas de cancer, pratiqué par M. Terrillon ; mais, dans ce travail, tout ce qui touche à l'endométrite est d'origine étrangère.

Choix de la curette.

J'ai eu soin de spécifier que je n'entendais m'occuper que de l'endométrite du corps de l'utérus. Le choix de l'instrument est dès lors tout décidé. Je doute qu'aucun réalise mieux le but que la curette longue de **Récamier**. Celle de **Sims** convient pour les fongosités carcinomateuses du vagin ou du col, mais ne peut être utilisée pour la cavité utérine. J'en dirai autant des autres instruments plus ou moins perfectionnés. Aucun n'est aussi simple et aussi pratique que la curette de Récamier. Il en existe de dimensions diverses. Généralement on en trouve trois types courants chez les marchands d'instruments, d'*étroits*, de *moyens*, de *larges*. Les types moyens sont les meilleurs. Il est rare que l'on ne réussisse pas à les introduire aisément dans la plupart des utérus affectés d'endométrite chronique. J'ai fait construire depuis divers modèles de curettes qui s'adaptent mieux aux différentes indications. (Voir la planche relative à l'instrumentation, p. 80.)

Une question se pose : de la curette *mousse* ou de la curette *tranchante*, laquelle est la préférable ? Sans chercher d'autre avis, je préfère pour mon compte la curette tranchante. Quand il s'agit de gratter dans l'utérus un spécimen de muqueuse pour en faire l'analyse et arriver au diagnostic, la manœuvre est plus facile.

Si l'on a affaire à des végétations un peu dures, ou à des productions polypoïdes molles à pédicule mince et long, qui fuient sous l'instrument, il est plus avantageux de couper que de gratter avec un corps mousse. J'ai donc soin de faire toujours affiler soigneusement un des bords de mes curettes, et je laisse l'autre mousse, pour le cas où je ne veux que gratter. L'extrémité de l'instrument reste également mousse.

Du reste, comme j'ai l'habitude de ne jamais user de la curette

même dans le cas où elle est indispensable, sans faire suivre l'opération d'un écouvillonnage en règle, la distinction précédente perd un peu de son importance pratique. C'est surtout pour moi une question de rapidité.

Préliminaires de l'opération.

1° S'assurer qu'il n'existe point d'inflammation récente dans les tissus péri-utérins.

2° Irrigation antiseptique du vagin pendant quelques jours.

3° Placer la malade dans le décubitus dorsal.

4° La chloroformiser si elle est très craintive et très sensible, mais n'aller jamais jusqu'à narcose complète. Dans l'immense majorité des cas, l'opération n'est pas douloureuse. D'autre part, la sensibilité exagérée témoignée par la patiente peut être utile à l'opérateur et le préserver du danger d'une perforation. Je cite cette opinion d'après certaines autorités, mais, quant à moi, je n'ai jamais eu l'occasion d'en vérifier l'utilité.

J'ai pu souvent, soit à ma consultation, soit en vue d'un examen, curer un utérus sans que la malade s'en doute. Elle n'avait guère plus souffert que pour un examen ordinaire. Ces affirmations paraîtront assez extraordinaires à certains médecins. Mais, il y a aujourd'hui un assez grand nombre d'élèves et de praticiens qui ont été témoins de ces faits, à ma clinique, pour que je n'hésite pas à les certifier.

5° Attirer l'utérus en plaçant une pince sur la lèvre antérieure du col. Cette pince est tenue par un aide, qui comprime de sa main libre le fond de l'utérus et l'abaisse vers la vulve.

Le pincement de la lèvre antérieure du col n'est pas douloureux ordinairement, si on ne pince que le museau de tanche. Il l'est parfois, si on a saisi la muqueuse du cul-de-sac vaginal. Il l'est encore lorsque le col est sensible et irritable ou très malade lui-même. En tout cas, la sensation douloureuse est relativement faible et de courte durée.

6° Récliner le périnée au moyen d'un large spéculum de **Sims**, qu'on introduira très peu pour ne point gêner l'attraction de l'utérus.

7° S'assurer de la direction du conduit utérin par le cathété-

risme préalable. D'ailleurs les tractions sur le col ont pour résultat de redresser ce conduit et de rendre l'introduction de la curette très aisée. On peut même choisir, pour ainsi dire, l'axe suivant lequel on désire opérer, en dirigeant à volonté la situation de l'utérus avec la pince à traction et la main.

8° Introduire la curette de la main droite, suivant l'axe connu du conduit utérin, et saisir de la main gauche le fond de la matrice à travers la paroi abdominale. Dès qu'on a senti le contact de l'instrument qui indique que son extrémité a touché le fond de la cavité, on racle fortement en allant de droite à gauche et en faisant décrire des demi-cercles qui se complètent les uns les autres, de telle sorte que toute la surface de la cavité soit abrasée. De plus, il faut que la curette agisse profondément et enlève toute l'épaisseur de la muqueuse jusqu'à la couche musculaire. On retire l'instrument à chaque fois pour recueillir les débris enlevés s'il en existe. Mais, je crois devoir recommander de ne retirer la curette qu'après avoir bien gratté partout, et avoir accompli la plus grande partie de la besogne, car, à chaque nouvelle reprise, le col se rétrécit et l'introduction de l'instrument devient moins aisée.

Il arrive généralement que les contractions de la totalité de l'organe amènent ce résultat.

Cependant, on a pu observer parfois que la matrice a l'air de s'agrandir en profondeur ; la curette, qui ne pénétrait que de 8 à 9 centimètres au début de l'opération, pénètre au bout de quelques secondes à 10 et 12. On croit avoir perforé l'utérus et on s'arrête indécis, souvent effrayé, et on hésite à pousser davantage l'instrument qui semble devoir disparaître tout entier dans la matrice. Quelques auteurs pensent que dans quelques cas, probablement des cas de cet ordre, ils ont pu pénétrer dans l'orifice d'une trompe largement dilatée. Je ne crois guère à cette interprétation. J'ai constaté assez souvent cette disposition de la matrice pendant le curage, et je l'explique par le fait que la chose n'arrive que dans des cas où la paroi musculaire est mince et atone. Le sang l'emplit aux premières tentatives, et l'écoulement interne augmentant la distension des parois, s'accomplit sans difficulté. Une fois amincie, la paroi repoussée par l'extrémité de la curette augmente la longueur de la cavité, aux dépens de la

largeur, comme si dans une vessie flasque, à demi remplie, on faisait pénétrer un cathéter sans permettre l'issue de l'urine. Le plus singulier, c'est que la malade ne témoigne ni sensation spéciale, ni douleur dans ce cas. Ces utérus sont vraiment des utérus en caoutchouc. C'est même un singulier contraste que la tranquillité du visage de la patiente, et l'anxiété peinte sur les traits de l'opérateur. J'en parle un peu par expérience. On aura aisément le mot de l'énigme en retirant la curette, et, si cela est nécessaire, en dilatant un peu le col avec un dilatateur de Sims ; on verra sortir alors du sang en assez grande abondance, mais avec cette particularité qu'il est généralement à demi-coagulé et comme en gelée. J'ai observé surtout ces phénomènes chez trois femmes, l'une affectée d'une vieille endométrite caractérisée par une végétation sarcomateuse diffuse de la totalité de la muqueuse, les deux autres d'endométrite déciduale *post abortum* de plusieurs mois. Ce sont bien là des conditions avantageuses pour favoriser la distension excessive de la matrice. Le sang n'a aucune tendance à s'écouler par le col, en raison de l'atonie de la paroi et de la rapidité de la coagulation.

Hormis ces cas rares, on sent toujours et on contrôle aisément l'action de l'instrument.

Il faut que le grattage soit complet ; c'est-à-dire qu'il ne faut laisser aucun angle, aucune dépression sans en enlever la muqueuse. L'expérience a prouvé qu'il suffit de laisser quelques bourgeons pour voir la maladie persister et s'étendre à nouveau.

9° *Ecouvillonner* à plusieurs reprises la cavité utérine, après le retrait de la curette, une fois son œuvre accomplie. Plus loin, je m'étendrai longuement sur l'emploi de l'écouvillon et sur le choix des topiques à employer. Je me contente de dire ici qu'il faut employer un écouvillon à crins durs, et de dimension moyenne.

10° On termine par l'introduction de la sonde dilatatrice dont j'ai fait connaître déjà la disposition. Elle vient de subir une très heureuse modification qui en rend le maniement très facile. Un grand courant d'une solution au sublimé à 1/2000 et à la température de 40 à 45 c. permet de balayer les derniers débris de muqueuse ou de caillots. Il suffit d'une irrigation de quelques secondes. Au retrait de la sonde, l'organe a repris toute sa contractilité.

11° Un écouvillonnage avec un écouvillon très doux, fortement chargé de glycérine créosotée à 1/3, termine la séance. Il faut avoir soin de déposer dans la cavité utérine le plus possible du topique.

12° Pulvérisation d'iodoforme sur le col, et tampon de glycérine iodoformée dans le fond du vagin, pour aider à la décongestion de l'utérus.

Suites opératoires.

Douleur. — Généralement, il n'y a pas de grandes douleurs après l'opération. Je n'en ai guère observé que dans les cas où il existait des déviations de l'utérus en arrière, ou une névropathie accentuée.

Peut-être qu'alors, l'accumulation du topique dans le fond de l'organe renversé causait la sensation pénible. On sait d'ailleurs que, dans ces cas de rétroversion ou de rétroflexion, le fond de l'utérus est douloureux, soit par le fait de la salpingite concomitante, soit par le fait de la congestion entretenue par la déclivité et la rétention des sécrétions morbides.

En dehors même de ces cas, quelques femmes souffrent pendant quelques heures. Ce sont des *coliques* généralement dont elles se plaignent. Chez quelques-unes, ces coliques se reproduisent à de rares intervalles pendant deux ou trois jours. Dans l'immense majorité des cas, il n'y a pas de douleur réelle, suffisante au moins pour nécessiter une thérapeutique spéciale ou pour alarmer.

Hémorrhagie. — Elle est insignifiante pendant l'opération. Elle est nulle après l'opération. J'ai vu céder au premier curage une hémorrhagie qui continuait depuis trente-cinq jours. Il s'agit d'une malade qui figure dans mes tableaux et qui avait été adressée à ma clinique par le docteur **Guérin**. Elle durait depuis plus longtemps encore chez une malade du docteur **Genesteix** et le résultat fut le même. La chose s'explique aisément d'ailleurs. L'hémorrhagie provient de bourgeons exubérants, très vasculaires, pourvus de capillaires à paroi mince et friable ; les cellules de revêtement sont altérées par l'inflammation, le sang est

souvent maintenu à haute tension dans ces capillaires, par la gêne que rencontre la circulation en retour, au travers des parois contractiles et irritées de l'utérus. D'où ruptures fréquentes, hémorrhagie, apoplexie ou transsudation perpétuelle d'un sérum coloré. La curette détruit les bourgeons ; reste la paroi musculaire dont la contraction efface la lumière des artérioles qui la pénètrent, et l'hémostase est accomplie. Ainsi s'explique ce fait assez paradoxal au premier abord, qui montre qu'une opération, sanglante par elle-même, en ce qu'elle met à nu de larges surfaces vasculaires, soit le meilleur moyen pour arrêter l'hémorrhagie provenant de ces mêmes surfaces.

Sécrétions. — Dans les quelques jours qui suivent l'opération, on assiste à un écoulement de liquides épais, provenant de la déliquescence des cellules les plus profondes de la muqueuse restées adhérentes à la couche musculaire. Cet écoulement dure peu, et au bout de cinq à six jours il est tari. En tout cas, il est exceptionnel de voir du sang pur sortir de l'utérus. Tout au plus a-t-on affaire à un liquide rosé, de moins en moins teinté, et finalement à une sérosité incolore.

Précautions post-operatoires.

N. B. — *Il importe de maintenir assez longtemps l'asepsie du vagin par des tampons iodoformés ou sublimés.* On ne se relâchera de ces précautions que lorsqu'on aura lieu de croire qu'une nouvelle muqueuse solide et résistante s'est formée de toutes pièces.

J'ai déjà dit que certaines de mes malades partaient de ma consultation après un nettoyage très complet de la cavité utérine.

Toutefois je ne le permets que lorsque je me suis borné à un simple écouvillonnage doux. C'est là un pansement intra-utérin plutôt qu'une opération véritable.

Mais lorsque je fais l'écouvillonnage avec un instrument dur ou le curage avec la curette métallique, j'exige le repos d'un jour au moins. Je ne permets les mouvements qu'après contrôle de l'état de l'utérus, des annexes et du tissu péri-utérin.

Contre la douleur, si elle existe, outre les lavements laudanisés qui suffisent parfaitement, j'emploie les frictions à l'essence de térébenthine pure, répétées à une heure d'intervalle. Il faut aller chaque fois jusqu'à la rubéfaction de la peau.

Ces précautions me paraissent devoir toujours suffire. En tout cas, elles m'ont toujours suffi jusqu'ici.

ECOUVILLON ET ECOUVILLONNAGE.

L'écouvillon n'a point d'historique. Il présente, je crois, un progrès sur l'usage du pinceau à aquarelle, du porte-ouate intra-utérin de **Tennesson**, du graphidomètre de **Ménière**, etc.

Je l'ai mis en pratique dès 1880, et depuis cette époque, j'ai eu souvent l'occasion de parler ou d'écrire à son sujet. Je n'entrerai donc point de nouveau dans le détail de sa description.

Qualités indispensables pour un bon écouvillon.

Il faut que les crins soient égaux, de résistance uniforme et bien maintenus.

Il faut que l'extrémité de l'instrument en soit bien exactement pourvue, et représente l'extrémité hérissée de la tête de loup. Pour arriver à ce résultat, il est nécessaire que tout écouvillon soit fait d'une tige ployée à son milieu ; le coude forme l'extrémité libre ; on trouve de tels instruments chez tous les marchands spéciaux.

Il importe d'avoir à sa disposition des écouvillons de toute grosseur ; il faut aussi que la souplesse des crins soit variée. On pourra ainsi se servir de l'instrument comme d'un pinceau, d'une sorte de balai ou d'une brosse véritable, en en graduant le choix à son gré selon la résistance des crins. Quel que soit l'objet à remplir, un tel appareil sera, à coup sûr, le meilleur porte-topiques qu'on puisse imaginer : les médicaments de consistance crémeuse ou demi-liquide seront maintenus aisément par une sorte de capillarité entre les fils déliés qui le constituent.

Je me sers souvent de tout petits écouvillons, qui font un nettoyage parfait de la cavité utérine, quand elle est obstruée simplement par des produits de sécrétion. Ces sortes de brosses sont très souples, mais la tige est un peu trop flexible. Le moyen, pour les introduire, est de les fixer sur un manche, ou bien sur un porte-écouvillon. Une simple pince à forcipressure suffit le plus souvent.

Pour obvier à la nécessité d'être muni d'un appareil destiné à porter et à consolider la tige de l'écouvillon, on a eu l'idée d'en couder l'extrémité libre à angle droit, de sorte qu'on la tient alors en main à la façon d'une clef ou d'un loquet.

La longueur de la partie garnie de crin doit être de huit à dix centimètres. Elle est uniforme, ou à peu près, pour toutes les variétés d'écouvillon.

Les *préliminaires* sont les mêmes que pour l'emploi de la curette.

Préparatifs spéciaux.

Ils diffèrent suivant qu'on veut faire : A) un *nettoyage suivi d'un pansement simple de la cavité utérine* ou B) suivant que l'on veut *gratter et détruire la muqueuse.*

A. — Dans le premier cas, il est bon de tremper l'écouvillon doux dans une solution de sublimé à 1/100 presque bouillante. Il acquiert une souplesse qui le rend incapable de blesser profondément la surface de l'utérus, sans lui faire perdre ses qualités comme balai et porte-topiques. On peut en répéter l'introduction autant de fois qu'on veut, et journellement, jusqu'à guérison complète.

Prises à leur début, les endométrites épithéliales superficielles, qui n'ont ni grande intensité, ni profondeur, guérissent avec une grande facilité et sans danger aucun. Le procédé réalise un simple pansement.

B. — Dans le second cas, il faut agir de toute nécessité avec l'écouvillon dur, et ne le point tremper dans l'eau chaude, qui l'assouplirait.

S'il s'agit d'une endométrite *post partum* ou *post abortum*, le passage du col est généralement large et facile. Sinon, il peut y

avoir un peu de difficulté et de douleur. La manœuvre demande aussi un peu plus de force, mais l'instrument, qui doit être plus dur, est naturellement soutenu par une tige plus résistante et moins flexible que pour les petites brosses douces.

On peut éviter la douleur par des embrocations préalables de *cocaïne*, par l'*anesthésie chloroformique* qui, ici, n'a aucun inconvénient, par une dilatation artificielle pratiquée dix à douze heures auparavant avec la laminaire.

Mode d'emploi.

1° L'écouvillon est chargé de la solution à consistance sirupeuse que l'on désire employer : (glycérine créosotée ou iodoformée, huiles térébenthinées, essences, etc.).

2° On l'introduit au col par un mouvement spiroïde lent, et on continue, jusqu'à ce que l'on soit arrivé au fond de l'utérus. Ce mouvement d'introduction commence le grattage de la muqueuse. Une fois que l'écouvillon occupe la cavité utérine tout entière, on répète les mouvements spiroïdes en divers sens, et on retire l'instrument de la même façon, en tournant toujours. Il faut éviter de le retirer directement. La manœuvre serait douloureuse.

3° Après un écouvillonnage, on fait laver rapidement la brosse dans une solution chaude de sublimé ; on l'imbibe à nouveau du topique choisi et on la réintroduit. Le lavage suffit à la débarrasser des débris de fibrine et de sang coagulé qui y adhèrent, et on peut conserver des brosses ainsi nettoyées pour une nouvelle opération, sans danger de septicémie.

Il est mieux de diminuer le calibre du second écouvillon que l'on introduit.

Tous les détails sont d'ailleurs au gré de l'opérateur.

4° Pour l'introduction on comprime de la main gauche et on abaisse le fond de l'utérus ; il faut, de plus, aller vite.

Pour le retrait on opère lentement.

Le reste comme après le curage avec la curette.

Il n'y a guère de différence entre les phénomènes qui suivent l'emploi de l'écouvillon et ceux qui suivent l'emploi des curettes.

J'ai pensé, à un moment, que les suites de l'écouvillonnage

étaient marquées par des *douleurs* beaucoup moindres et j'expliquais ainsi le fait : avec la curette on coupe bien, on fauche pour ainsi dire la muqueuse exubérante, mais le retrait des débris est toujours incomplet ; or, tant que des parcelles à demi détachées restent dans l'utérus, il y a douleur, coliques, jusqu'à l'expulsion.

Avec l'écouvillon on ne détache pas, on détruit par attrition ou dilacération, tous les éléments de la muqueuse malade ; on ne fait pas de lambeaux, et l'expulsion s'opère par déliquescence du tissu ainsi compromis dans sa vitalité.

J'ai fait des écouvillonnages et des curages avec l'instrument métallique, comparativement. Je n'ai pas obtenu une solution absolument conforme à mon hypothèse. Je pense qu'il y a à tenir grandement compte de la sensibilité propre de chaque malade.

C'est ce qui m'a décidé à adopter comme pratiques *les deux méthodes combinées*, ainsi que je l'ai exposé, chaque fois que j'ai affaire à des végétations volumineuses et dures de l'endométrium.

Quant à la perte de sang, elle est insignifiante. Les sécrétions se tarissent rapidement ; ordinairement après trois à quatre pansements, quand il s'agit de l'endométrite légère.

OPÉRATIONS PRÉLIMINAIRES OU COMPLÉMENTAIRES DU CURAGE DE L'UTÉRUS

1° Abaissement de l'utérus.

J'ai eu souvent, dans différentes discussions, l'occasion de parler de l'abaissement, c'est-à-dire des tractions exercées sur l'utérus pour l'amener à portée de l'opérateur, et de vanter leur utilité. J'ai contesté aussi les inconvénients qu'on lui prête trop gratuitement.

La contradiction, sur ce point, me choque d'autant plus, que ceux qui critiquent la manœuvre ne l'ont fort probablement jamais essayée. Cela se voit à la pauvreté de leurs arguments.

Dans cette situation, comme toute discussion à cette place serait stérile et purement platonique, je n'insisterai pas long-

temps, et j'attendrai, pour défendre l'abaissement de l'utérus, une meilleure occasion ; j'attendrai, dis-je, que quelqu'un l'ayant pratiqué et lui ayant reconnu des inconvénients réels, vienne avec des critiques valables et topiques, me fournir le motif d'une nouvelle défense mieux circonscrite et plus précise.

Il n'est pas à craindre que les chirurgiens, ou même que ceux qui, sans être chirurgiens, ont eu à intervenir quelquefois avec des instruments sur le col de l'utérus, élèvent des protestations contre la manœuvre de l'abaissement. Aussi, peut-on dire que les médecins seuls, c'est-à-dire les partisans de l'abstention en matière de traitement local ou opératoire, ont quelque raison apparente de s'inscrire contre son emploi. La logique de leurs principes, en matière de métrite ou d'endométrite, leur ordonne une telle façon de penser.

Pour moi, je pratique l'abaissement de l'utérus depuis cinq ans, *chaque fois* à peu près que je veux examiner soigneusement une malade. — C'est dire que je l'ai pratiqué par centaines de fois, pour ne pas paraître trop présomptueux.

Dans mon cabinet, à l'hôpital, dans ma clinique, à la consultation, etc., j'abaisse l'utérus, si cela me paraît nécessaire. Souvent c'est le mari de la malade que je charge de tenir la *pince à tractions*. — Je n'ai jamais vu aucun inconvénient à ce procédé, et je déclare que si j'en avais vu tant soit peu, je ne suis pas assez ennemi de ce qui s'appelle la réussite ou le succès dans la pratique médicale, pour n'avoir pas immédiatement corrigé, modéré, ou abandonné ma manière d'agir. Or je n'ai fait que la vulgariser de toutes mes forces. Mes élèves et mes confrères qui la connaissent et l'ont vue une fois, l'imitent et la pratiquent.

Cela dit, voici le manuel le plus simple.

L'abaissement exige l'usage du spéculum de **Sims**.

La femme étant en position dorsale, les cuisses bien relevées sur le bassin :

1° *Irriguer largement le vagin* avec une solution antiseptique ; la main droite tient et dirige la canule ; deux doigts de la main gauche, l'index et le médius, nettoient le vagin et les culs-de-sac, en parcourant la totalité des parois. Dès que le vagin est plein de liquide, l'opérateur s'aperçoit qu'il se dilate et il perd le contact des parois. Ses doigts font obstacle à la sortie du liquide,

et la conformation valvulaire de la vulve complète cet obstacle. Le liquide ne reflue plus à l'extérieur. Il suffit d'appuyer légèrement sur le périnée, un peu de liquide s'écoule, et le col éloigné par la distension du vagin vient de nouveau au contact de la pulpe des doigts de la main gauche, qui n'ont pas quitté leur position.

2° *Introduction des pinces à traction* ; — *saisie du col.*

Saisissant alors de la main droite la pince à abaissement (un modèle quelconque, ils sont tous bons, j'en ai fait fabriquer par Mathieu qui me paraissent très commodes), on la glisse entre l'index et le médius gauches, et on vient saisir la lèvre antérieure du col.

Parfois il n'y a pas de nécessité à agir ainsi, dans le vagin maintenu à demi-plein de liquide. Lorsque ce conduit est large, on fait abaisser le périnée avec une valve de **Sims**, on va droit au col ; des doigts de la main gauche, on le reconnaît, on fixe la lèvre antérieure, et on la pince avec l'instrument tenu de l'autre main. Quelquefois c'est plus difficile et il faut placer deux valves de Sims, une en avant, l'autre en arrière, sur les commissures de la vulve ; le col est au fond, et on en saisit l'une ou l'autre lèvre. Enfin, on peut arriver encore à le saisir avec le spéculum de Cusco. Il faut retirer à moitié l'instrument, lentement, en le maintenant ouvert, et sans perdre de vue le col. On glisse alors la pince dans l'un des angles que fait à droite et à gauche l'écartement des deux valves. On a retiré assez l'instrument pour mettre cet angle à découvert hors de la vulve.

3° *Traction et descente de l'utérus.*

Une fois la lèvre antérieure saisie, on introduit une large valve de **Sims**, si déjà on n'avait point introduit cet instrument. On fait abaisser le périnée fortement. A ce moment le col apparaît, et les assistants peuvent l'apercevoir, car le seul fait de presser sur la paroi postérieure du vagin élargit ce canal, le raccourcissant d'autant, et rapprochant le col de l'extérieur. On tire lentement en haut la pince à traction, pendant qu'on fait abaisser ou que l'on abaisse le fond de la matrice par l'abdomen. On confie ensuite ce rôle à un aide. Alors le col est arrivé près de l'orifice vulvaire, assez près pour qu'on puisse en examiner les surfaces externe et interne, la longueur, la forme, apprécier au

toucher la consistance, l'épaisseur des deux lèvres, la profondeur des culs-de-sac, etc.

Difficultés et précautions à prendre.

Eviter de pincer ou de piquer la muqueuse vaginale pendant le placement ou le retrait des pinces. — Quelquefois il n'y a pas pour ainsi dire de museau de tanche ; il faut bon gré, mal gré, saisir le revêtement vaginal décollé et flottant de la portion vaginale du col. Chez quelques femmes, le pincement du col est douloureux sur le moment même. Cette douleur est une réaction instantanée et disparaît de suite. Néanmoins, attendre un peu avant de tirer. Chez la plupart des femmes, la saisie et la traction peuvent se faire sans qu'elles s'en doutent.

Saisir la lèvre du col assez loin du bord libre. — Si, dans la première saisie, on ne l'a pas fait, on place une deuxième pince à côté de la première et plus loin ; on assure ainsi la prise. J'aime mieux en placer ainsi deux que de me servir des pinces de Museux à quatre griffes. Elles blessent presque toujours le vagin et sont difficiles à retirer.

Les petites déchirures du bord libre qui peuvent se produire malgré toutes les précautions, si la femme remue ou si l'aide s'oublie à tirer trop fortement, sont sans inconvénient aucun. Ce sont de simples saignées du col.

Les tractions doivent être lentes et mesurées. S'arrêter si, au premier moment, la patiente manifeste une sensation douloureuse. On reprendra ensuite tout à la fois, la traction et la compression abdominale. Chez quelques femmes, chez les nerveuses surtout, la peur, l'appréhension, ou la douleur se manifestent par une contraction, une tension énergique de la musculature du périnée. Cette tension est surtout exagérée chez les nullipares. Il suffit d'attendre un instant et de ne point tirer, de leur recommander de pousser et de soupirer ensuite largement ; alors, du même coup, on fait déprimer fortement le périnée, on tire et on fait l'abaissement par pression. Le col apparaît immédiatement à l'orifice vulvaire.

Toutes ces explications ne peuvent être utiles que dans les dé-

buts. Au bout de très peu de temps, rien ne devient aisé comme cet ensemble de manœuvres.

Chez les femmes *qui ont eu ou ont de la paramétrite ou de la périmétrite*, l'abaissement est difficile, impossible, ou bien il doit être proscrit. Cette impossibilité est une condition opératoire fâcheuse très souvent, et c'est dans tous les cas tant pis pour la pose certaine d'un diagnostic un peu ardu.

Avantages de l'abaissement.

1° Permettre l'analyse exacte des particularités du col utérin.

2° La possibilité d'explorer avec précision les tumeurs péri ou juxta-utérines.

3° Le rapprochement des annexes, ovaires et trompes, qui sont aisés à examiner.

4° La correction des déviations utérines et le redressement de l'axe du conduit utérin ; par suite, la facilité du cathétérisme dans un canal à peu près rectiligne.

5° La possibilité de reconnaître par le toucher rectal le fond de l'utérus et la face postérieure du corps, ce qui est totalement impossible sans redressement et tractions. Je me demande comment certains gynécologues peuvent conserver l'illusion de pareilles sensations, quand ils font le toucher rectal avec un doigt sans tirer l'utérus en bas. Même avec deux doigts, sous le chloroforme, cela est absolument impossible, sauf rétroversion de l'utérus.

Encore ne peut-on affirmer absolument l'existence ou la non existence d'un nodule fibreux, d'une bride, d'un exsudat, etc., en arrière de l'utérus.

6° La possibilité de combiner la traction avec le cathétérisme et les différents modes du palper ou du toucher, permet de juger de l'adhérence de l'utérus aux parois pelviennes ou de sa mobilité.

7° Le redressement du canal est une condition excellente pour l'introduction des instruments.

Il facilite le passage du cathéter, de l'écouvillon, des sondes et des seringues à irrigation. Il facilite de même le placement des agents ou des appareils dilatateurs.

8° La saisie du col par la pince est un point d'appui quand il

s'agit de forcer un peu le trajet cervical. Elle empêche le col de fuir et fait la contre-pression. **Hégar** l'utilise surtout pour son procédé de cathétérisme progressif.

9° Enfin, toute opération sur le col ou sur les culs-de-sac du vagin devient d'une facilité merveilleuse une fois le col abaissé, surtout quand on la compare à ce qu'elle serait sans l'abaissement. Les sutures du col, les opérations d'**Emmet**, de **Martin**, de **Schrœder**, sont impossibles sans cette manœuvre préalable.

L'abaissement est décrit dans tous les traités modernes de gynécologie, certains fournissent même une profusion de détails fort inutiles. Je citerai seulement l'opinion d'un gynécologue américain qui, loin de contester ses mérites, lui accorde même des effets thérapeutiques dont je n'ai jamais eu, il est vrai, l'occasion de vérifier la réalité.

Le docteur **Hadra** (*Americ. Journ. of Obstetric.*, novembre 1885, p. 1026) dit :

Les *tractions exercées sur l'utérus* sont d'une utilité incontestable pour le diagnostic en gynécologie.

Le danger est nul : sur 1,000 cas, il n'y a jamais eu d'accident.

En outre, *effets thérapeutiques possibles*, modifications analogues à celles produites par l'élongation des nerfs ; le rétablissement du cours du sang et de la lymphe, quand il y a engorgement ; l'élongation amène la rupture de bandes fibreuses et des adhérences ; enfin, une influence directe sur les ovaires et les trompes et même sur les uretères.

Suivent 4 observations de *dysménorrhée*, 2 de *phlegmon ancien*, 2 de *déviation* de l'utérus, 1 d'*affection* des annexes où ce procédé a réussi.

2° DILATATION DE L'UTÉRUS.

Est-elle indispensable ? Assurément non, si le col se laisse facilement traverser.

Est-elle utile ? Oui, et j'ajoute aujourd'hui, ce que je n'aurais pas fait, il y a quelque temps, elle est utile toujours.

Elle l'est à condition d'user de certains procédés qui, à eux seuls, constituent déjà des moyens curatifs de l'endométrite, c'est-à-dire de l'éponge, de la laminaire ou du tupelo préparés antiseptiquement

En pratique, et lorsqu'on a reconnu à coup sûr l'existence de fongosités, on peut, pour aller vite, pratiquer le curage immédiat.

Mais ceux qui hésiteraient à râcler, avant d'essayer de procédés moins radicaux, feront bien d'user préalablement de la dilatation. En cas d'échec, il leur sera toujours loisible de revenir au curage.

La dilatation peut être faite pour l'endométrite :

1° *Comme opération préliminaire du curage.*

2° *Comme opération combinée aux traitements intra-utérins doux : écouvillonnages légers et pansement intra-utérin quotidiens ou biquotidiens.*

3° *Comme traitement curatif des formes légères de l'endométrite.*

4° *Comme procédé violent et pertubateur de la sensibilité, dans les formes douloureuses ou névralgiques de la maladie.*

1° Comme *opération préliminaire*, on peut pratiquer la dilatation soit avec la laminaire, soit avec un fort instrument divulseur (dilatateur de **Sims**), pendant le sommeil chloroformique. J'ai depuis longtemps remplacé le Sims par les bougies de Hégar, dans ces cas. En règle générale, je préfère la dilatation lente préalable avec la laminaire. Le premier procédé dispense du chloroforme, le second est plus rapide.

2° Comme *opération combinée* avec la thérapeutique intra-utérine, il faut utiliser les tiges dilatables, la laminaire en première ligne, en faisant suivre le retrait de la tige d'un brossage antiseptique léger jusqu'à guérison. Le contact du topique ainsi introduit est plus certain, et le médicament agit de plus en plus profondément, au fur et à mesure que la dilatation est augmentée par des tiges de calibre progressivement croissant. Ce qui va suivre rendra mieux compte de ma pensée :

3° *Dilatation utérine répétée, employée comme traitement curatif dans l'endométrite légère.*

Je veux parler surtout des agents de dilatation considérés comme véhicules permanents des substances antiseptiques.

Quoique d'invention assez ancienne, ce procédé de dilatation de l'utérus, longtemps négligé, n'a été réellement remis en honneur que dans ces derniers temps.

J'étudierai d'abord l'action *topique* des agents de la dilatation lente, *laminaria*, *tupelo*, *gentiane*, *nyssa aquatica*, *éponge pré-*

parée, etc., toutes substances dont la propriété dilatatrice est en raison directe de leur propre dilatation amenée par imbibition au contact des liquides utérins. Je ne m'occuperai que de ceux-là, et je laisserai, pour l'instant, de côté les autres procédés, instruments ou appareils, destinés à dilater la matrice.

Les substances dilatables que je viens de nommer n'agissent qu'à la condition de séjourner dans l'utérus pendant un certain temps. On est dans l'habitude de remplacer une première tente dilatatrice, au bout de quelques heures, par une seconde plus volumineuse destinée à compléter l'action de la première. Or, on a pensé à rattacher à ce séjour d'un corps étranger dans l'utérus une série de phénomènes qui semblent révéler sûrement une amélioration de la maladie, lorsque la dilatation est dirigée contre certains états morbides chroniques, soit de la muqueuse, soit même du muscle utérin. Depuis un an surtout, j'ai pu relever, dans la littérature étrangère, quelques notes qui tendent à attribuer à la présence des tiges dans l'utérus une valeur *topique*, une action *catalytique* favorable. Si ce fait était vrai, il laisserait au gynécologue la faculté de s'en tenir à ce mode d'intervention et de s'arrêter à la première étape du traitement, à supposer que la dilatation n'ait été décidée que comme préliminaire du curage, par exemple, ou de toute autre méthode thérapeutique intra-utérine.

J'ai acquis moi-même une certaine habitude des effets de la dilatation, et je crois aussi à ce résultat. Je crois que la dilatation ainsi faite peut suffire à guérir certains catarrhes, certaines endométrites, sans qu'il soit nécessaire de recourir à d'autres moyens. Je suis très partisan de la méthode chirurgicale dirigée contre les états pathologiques de la muqueuse utérine ; je suis convaincu que seule, la curette permet de venir à bout de certaines lésions invétérées, telles que l'endométrite, dans ses types plastiques, fongueux, bourgeonnants, etc., et je pense qu'il ne faut pas songer à y renoncer. Mais l'expérience des faits m'a permis de conclure à la possibilité de la guérison, par la seule dilatation, dans un assez grand nombre de cas légers. Je suis donc d'accord en cela avec ceux qui, avant moi ou en même temps, en ont fait l'épreuve.

Seulement, *l'explication qu'ils ont donnée du fait ne me paraît*

pas satisfaisante, et je vais essayer d'en donner une autre qui est à la fois la base et la justification des résultats obtenus.

La plupart des auteurs pensent que l'action à laquelle je fais allusion s'exerce par le seul fait du contact ou de l'excitation locale produite par l'unique présence des tentes dilatatrices ; modifications des tissus dans l'hyperplasie du corps et du col utérin ; — régression des infarctus chroniques ; — compression et atrophie des fongosités et des productions polypeuses du col ; — compression des glandes hypertrophiées et kystiques (*Hegar et Kaltenbach*).

Fritsch accepte que les corps dilatateurs exercent une action *tonique* sur les conditions circulatoires de la matrice et sur la contractilité utérine. — D'autres ont vanté son rôle hémostatique (*Landau*), explicable par une compression excentrique des vaisseaux variqueux ou rompus, analogue à celle que le spéculum de **Gemring** exerce sur les parois du vagin.— Cette manière d'agir est fort douteuse, pour moi. Tout au plus pourrait-on accepter comme réel le rôle excitant des tentes à l'égard de la contractilité utérine, rôle qui paraît plus en rapport avec la réalité des faits, mais cette action sur les phénomènes névro-vasculaires ne se peut absolument démontrer. — *Schroeder* nie, pour la plus grande part, ces prétendus effets *catalytiques* des corps dilatateurs, tandis que *Schultze* les admet pour la métrite.

En réalité, on ne saurait nier, ni les excellents *effets perturbateurs* de la sensibilité exercés quelquefois par la dilatation lente, ni les *modifications trophiques* des tissus, qui s'accusent surtout par des changements dans la circulation.

Il s'agit simplement de les expliquer.

Je ferai remarquer d'abord que la première condition pour faire avec sécurité de la dilatation lente, avec la laminaire ou l'éponge préparée, c'est d'user de substances *aseptiques*. Or, cela a été la grande préoccupation de tous les gynécologues, et tous ont senti la nécessité de ne se servir que de substances préparées avec les solutions fortes de sublimé ou d'acide phénique.

Je dirai, en second lieu, que, pour obtenir une bonne dilatation par le procédé en question, il faut deux ou trois jours, c'est-à-dire le séjour permanent, durant de deux à trois jours ou plus, de corps dilatateurs, de volume progressivement croissant. Ces

corps, nous venons de le voir, sont *aseptiques* ; ils sont imprégnés de substances *antiseptiques*. C'est là la clef de leur action favorable dans l'endométrite.

Pour moi, l'action catalytique du corps dilatateur, l'action physiologique de la dilatation, sont dominées ici par l'action thérapeutique dont le corps dilatateur est l'agent indirect. Pour mieux dire, je vois dans l'éponge, la laminaire, le tupelo, etc., moins des corps dilatants que des *porte-topiques, des véhicules permanents d'une substance topique, antiseptique dont ils sont imprégnés, mise et retenue au contact de la muqueuse utérine, au fur et à mesure que cette muqueuse s'étale sous l'influence de l'ampliation de la cavité.*

Je prends l'exemple de l'endométrite chronique : vous vous proposez de curer l'utérus ; vous jugez nécessaire d'opérer préalablement la dilatation. — Cela demande deux jours. — Lorsque la dilatation va commencer, vous savez que la muqueuse plissée, accidentée par les saillies papilliformes, villeuses, bourgeonnantes, alternant avec les cryptes des cœcums glandulaires dilatés, offre la disposition d'un réceptable d'éléments phlogogènes, profondément enfouis et inaccessibles, pour la plupart, à une action superficielle. Vous aurez beau instiller, gratter superficiellement, essuyer cette surface malade, à moins de tout détruire jusqu'à la couche profonde de la muqueuse, votre intervention sera insuffisante. Mais vous allez dilater, c'est-à-dire multiplier la surface, l'étaler, la décupler, amincir la muqueuse par conséquent ; pour peu que vous poussiez la dilatation un peu loin, vous obtiendrez un nivellement de cette muqueuse aussi complet que possible. Les glandes vont s'effacer et les culs-de-sac sinueux et profonds seront maintenant représentés par de simples dépressions où un topique atteindra facilement. Grâce à ce déplissement, une action thérapeutique, naguère insuffisante, va devenir très efficace. — Or, remarquez que, au fur et à mesure que ce déplissement, cet étalement s'opèrent, la dilatation de la tente-éponge les suit..., que dis-je, elle ne les suit pas, elle les précède, puisqu'elle en est l'agent. Le contact entre le corps dilatant et la surface dilatée ne cesse pas un instant. C'est une action continue, non plus topique, mais en réalité antiseptique. Ce que les crayons et les liquides ne peuvent pas réaliser, la tente-éponge le fait, car son séjour intra-

utérin est garanti et rendu certain par son action dilatatrice même. Ce qui fait l'asepsie du corps dilatateur, assure son action antiseptique sur la muqueuse utérine. — La métrite chronique est surtout une lésion de profondeur ; quand on dilate, on met à nu les parties profondes ; on décuple ainsi la surface et, par le même procédé, on décuple l'action topique.

Qu'on ne vienne donc plus reprocher à la dilatation ainsi pratiquée, de créer des dangers de septicémie !

Je me crois autorisé, au contraire, à affirmer que, loin d'être nuisible, son action est *curative*. — Elle l'est assurément. — Je puis avancer aujourd'hui nombre d'observations où la dilatation m'a suffi pour guérir l'endométrite légère. Je n'en voulais user qu'à titre de préliminaire, et j'ai pu constater un résultat définitif que je n'espérais pas. Dans d'autres cas, la destruction de la muqueuse, par le grattage, en a été sensiblement facilitée.

Reste à savoir quel est le meilleur agent à utiliser comme topique antiseptique, auquel l'éponge ou la laminaire serviront de véhicule sans perdre de leur propriété de dilater, tout en se dilatant eux-mêmes.

Depuis longtemps j'ai adopté l'*iodoforme*. Depuis longtemps, je me sers de la solution saturée d'éther iodoformé pour la désinfection de toutes sortes de corps dilatateurs.

Il suffit de tremper la tente-éponge, la tige de laminaire, de tupelo ou de gentiane, dans cette solution, pendant une demi-heure, pour en obtenir l'imprégnation aussi complète que cela est nécessaire, par l'iodoforme, ce dont on peut s'assurer par des sections de la substance dilatatrice.

Il suffit maintenant de laisser évaporer l'éther qui a servi à transporter la poudre d'iodoforme en solution. Cette évaporation est très rapide.

On constate :

1° Que l'éther saturé d'iodoforme a pénétré très profondément ;

2° Que l'éponge et la laminaire n'ont été nullement gonflées par l'immersion dans l'éther. — Tout au plus la laminaire a-t-elle été légèrement assouplie, ce qui n'a rien que d'avantageux, car on peut profiter de cette souplesse passagère pour lui donner la courbure que l'on désire ;

3° Que trempée, après cela, dans l'eau ou mise au contact d'un

liquide, la tente dilatatrice n'a rien perdu de sa dilatabilité propre et se gonfle avec la plus grande facilité.

En résumé, rien n'est changé sinon que les corps ainsi préparés sont chargés d'iodoforme et deviennent des *véhicules excellents* d'une substance reconnue comme un précieux topique et un antiseptique de premier ordre.

Tel est le résultat de cette manière de faire. — Si j'en parle aussi longuement, c'est que je crois être un des premiers à l'avoir imaginée. En effet, **Herff de Darmstadt**, à qui on la rapporte généralement, ne me paraît en avoir usé que dans le milieu de 1885 (*Berlin. klin. Woc.*, n° 25, 1885), alors que des observations publiées (thèse de **Soto y Alfaro**, 1885) ou communiquées verbalement (Société obstétricale et gynécologique de Paris) se rapportent à des faits de beaucoup antérieurs, qui me sont personnels. — Depuis plus de deux ans, j'use de l'éther iodoformé pour préparer l'éponge ou la laminaire ; au surplus, je pense que cette intervention n'a rien de bien remarquable et que l'idée a pu en venir à beaucoup de médecins en même temps. — Je la recommande comme très simple et très sûre.

Mais s'il me fallait soutenir la question de priorité dans l'invention, je serais fort embarrassé, ayant usé empiriquement du moyen que je conseille sans savoir que la chose eût été déjà essayée. Toutefois, je peux dire que Herff ne mentionne que la désinfection du *tupelo*. — Or, on sait que ce genre de dilatation est tombé depuis longtemps en désuétude en France et en Allemagne, ce qui expliquerait que l'on ait apporté peu d'attention au conseil si utile cependant donné par l'auteur. Je suis probablement le premier, en France au moins, à avoir utilisé la même méthode pour l'éponge et la laminaria.

Ce que j'ai dit précédemment de l'action curative des corps dilatateurs ainsi préparés, dans l'endométrite, me dispense d'y insister à nouveau. — Ceux qui ont expérimenté les avantages de l'iodoforme en gynécologie comprendront pourquoi ce contact permanent, cette embrocation constante des éléments malades de la muqueuse par la substance qui imprègne l'éponge, et que celle-ci décharge constamment dans la cavité utérine, est un procédé excellent de modification de cette muqueuse, et une garantie à la fois contre tout danger de septicité ou d'inflammation.

Je puis donc conclure d'un mot : — L'éponge, la laminaire, etc., préparées antiseptiquement et surtout par l'éther iodoformé, sont, en même temps que des substances dilatatrices complètement *aseptiques*, des *véhicules parfaitement appropriés au transport* des substances antiseptiques dans la matrice. — Ils sont donc des agents dilatateurs et topiques tout à la fois (dans le sens d'agents thérapeutiques ou mieux de porte-topiques).

Si l'action curative de ces agents échoue, ce qui arrivera assez souvent dans les formes d'endométrite un peu accentuées, et d'une manière constante dans les formes invétérées, la dilatation ainsi faite n'en aura pas moins, à titre de préliminaire, facilité l'opération à intervenir et assaini le terrain opératoire.

4° *Divulsion de l'utérus — ou dilatation forcée du col contre les diverses formes de l'hystéralgie. — Elongation des plexus nerveux utérins.* — Ce point a trait à l'action de la dilatation sur les états névralgiques du bassin. — Je dis du bassin parce que : 1° il est souvent difficile de localiser la douleur dans un endroit ou dans un organe précis : col ou corps de l'utérus, muqueuse du cul-de-sac, ou muscles du vagin, ligaments utérins, ovaire, plexus péri-utérins, etc., etc. ; 2° parce que ces névralgies sont fréquemment erratiques et susceptibles de se déplacer pour un temps, d'un point sur un autre.

Le fait le plus habituel, c'est qu'elles coïncident avec des états pathologiques de la muqueuse ou de la musculature des voies génitales, parfois même avec de vieilles lésions paramétritiques, des cicatrices anciennes du col, de la dysménorrhée douloureuse ou pseudo-membraneuse, etc. — Rarement elles sont le fait d'un trouble fonctionnel isolé de l'ovaire.

Le plus communément, chez les femmes ainsi affectées, la vulve le vagin, le col utérin, sont susceptibles au simple contact, ils sont irritables, ils sont souvent douloureux au moindre attouchement. J'ai éprouvé que cette hyperesthésie à laquelle il faut, malgré tout, deux espèces de causes : d'abord un état pathologique local quelconque, ensuite une disposition spéciale des femmes à la névropathie, pouvait céder à une violence momentanée exercée sur le col utérin. — J'ai constaté que certaines femmes étaient guéries par le seul fait de la dilatation *forcée extemporanée* du col.

En essayant de ce moyen, j'avais en vue d'imiter les procédés chirurgicaux de la dilatation forcée contre le vaginisme ou contre la fissure intolérante de l'anus.

Tout le monde sait que, d'après les recherches anatomiques de **Frankenhœser** et les expériences physiologiques de **Ranvier**, **Vulpian**, **Dembo**, etc., les centres de la sensibilité tactile aussi bien que de la sensibilité réflexe de l'utérus, siègent au fond du vagin, autour du col et de l'isthme utérin. Là sont des plexus denses qui, d'une part, pénètrent le tissu utérin et qui, d'autre part, sont reliés étroitement par mille filets délicats à tout l'appareil d'innervation du bassin. C'est en cette région que se localise la douleur parfois excessive de la période de dilatation de l'accouchement. — C'est là que la dilatation artificielle doit, à mon avis, produire un effet favorable. — La distension forcée du col dans ces conditions, et lorsqu'elle est portée assez loin, me paraît devoir jouer exactement le rôle de l'*élongation des nerfs* contre les névralgies. La violence que je produis, c'est d'abord la distension des faisceaux musculaires contracturés, leur dissociation : c'est ensuite l'élongation et le tiraillement des plexus nerveux suivis de leur paralysie sensitive.

Ces explications me paraissent appuyer théoriquement l'intervention que je propose contre ce qu'on appelle communément l'*hystéralgie*.

Les faits sont d'accord avec le raisonnement.

En 1884 j'ai, pour la première fois, obtenu la cessation immédiate des douleurs, chez une malade de la clinique d'accouchement et de gynécologie de la Faculté. Le fait est rapporté dans la thèse, déjà citée, de M. le Dr **Soto**. Il ne s'agissait que de névralgie.

L'année suivante, j'ai traité une malade qui se présentait dans une situation plus complexe. Il s'agissait d'une oblitération cicatricielle quasi totale du vagin, suite d'opérations obstétricales. De plus, endométrite chronique, — suppuration abondante. — Douleurs de deux ordres, les unes intolérables, paroxystiques, à forme névralgique ; les autres plus modérées, à forme expulsive. Ces dernières rappelaient le ténesme vésical ou anal et étaient passibles d'ailleurs d'une explication similaire, car je pus constater plus tard l'existence de bourgeons exubérants de la mu-

queuse du corps de l'utérus, herniés à travers l'orifice interne affecté de contracture spasmodique. — Là était la cause de ce ténesme utérin, qui ne cessa d'ailleurs que par le curage. — Mais le plus remarquable était l'existence de *vomissements incoercibles* tout aussi caractérisés que ceux de la grossesse. — Affaiblissement, maigreur extrême, anémie, cachexie même, fièvre à forme intermittente. — Je me hâtai de restaurer chirurgicalement le fond du vagin et de rendre le col de l'utérus accessible. — Je constatai ensuite que la pulpe du doigt pénétrait de près d'un centimètre environ dans l'orifice externe. — Mais le reste du trajet était infranchissable, horriblement douloureux. — J'endormis la malade. Je dilatai violemment tout le trajet cervical. Le lendemain les vomissements cessèrent totalement ainsi que les violentes douleurs névralgiques et paroxystiques. — Je note que l'on ne peut songer à faire bénéficier la narcose chloroformique de ce résultat, car cette femme avait été déjà endormie pour l'opération du vagin, et cela sans modification des phénomènes douloureux ou réflexes. — Le ténesme utérin, c'est-à-dire les coliques sourdes, très supportables d'ailleurs, ne disparurent qu'après l'abrasion de la muqueuse.

Je n'ai pas trouvé souvent l'occasion de traiter des cas aussi caractérisés, mais j'ai fait l'essai de la dilatation forcée extemporanée chez une douzaine de malades environ. — J'en ai toujours retiré de bons effets. — Ces effets ont été, tantôt définitifs, tantôt plus ou moins durables.

Dans les deux tiers des cas, la douleur a disparu complètement, et jusqu'ici, à ma connaissance, elle n'a pas reparu. Dans un cas, il s'agissait d'une jeune fille affectée de dysménorrhée atrocement douloureuse. — Chez un tiers de mes malades la douleur a reparu, après quelques mois, sous forme d'ovaralgie ou de névralgie lombo-sacrée ; une fois, fait très singulier, sous forme de névralgie vésicale d'abord, puis vulvaire très localisée ; dans ce cas, elle est aujourd'hui très atténuée, sinon disparue.

Ces résultats m'engagent à persister dans cette voie, d'autant que tous les gynécologues sont d'accord pour reconnaître la ténacité des affections auxquelles je fais allusion et la difficulté de les guérir.

Je ne puis passer sous silence que, il y a quelques mois, dans

une société savante américaine, le docteur **Goelet** préconisa un procédé analogue au mien, sous le nom de *dilatation rapide*. Sa note vise la dysménorrhée et la stérilité. — Une discussion s'ensuivit : d'autres gynécologues partagèrent les idées de **Goelet**.

A un premier résumé de la communication de cet auteur, paru dans le numéro du *Répertoire universel d'obstétrique et de gynécologie*, j'ajoutai une note additionnelle qui mentionnait ma manière de faire, déjà ancienne, publiée dans la thèse de **Soto**.

Manuel opératoire.

Voici comment je procède :

1° J'endors généralement la malade ; la cocaïne me paraît insuffisante, et puis elle n'affecte que la sensibilité de la muqueuse, tandis qu'il est important de soustraire la malade à des réflexes éloignés, en supprimant l'excitabilité nerveuse par la narcose chloroformique.

Je fais précéder l'anesthésie par une injection sous-cutanée d'un milligramme d'atropine et d'un centigramme de morphine en solution.

2° J'adopte le procédé de la *divulsion extemporanée du col ou dilatation forcée*. Je ne me suis jamais servi des bougies de **Hégar** pour cela, mais je crois qu'elles peuvent amener au même résultat, à condition de ne pas reculer devant la nécessité d'arriver rapidement aux plus forts numéros. Je me sers du dilatateur de **Sims** qui est puissant et bien en main. — Une fois la divulsion poussée aussi loin que possible avec cet instrument, je me sers d'un dilatateur que j'ai fait construire par M. **Mathieu** et qui n'est autre qu'un modèle très grandi du dilatateur de M. **Pajot**.

3° La *dilatation rapide obtenue en trente-quatre ou quarante-huit heures par les tentes dilatatrices*, peut guérir certaines névralgies ou dysménorrhées douloureuses, j'en ai acquis la certitude dans quelques cas ; mais j'avoue que je juge ce procédé infidèle après l'avoir éprouvé par moi-même ; aussi n'est-ce point de ce genre de dilatation que j'ai voulu parler et n'ai-je pas fait entrer les observations de ce genre dans la statistique que j'ai citée en abrégé. Les tentes ne dilatent pas assez ; la violence est donc insuffisante. Il faudrait, pour bien faire, être sûr que l'on brise beau-

coup de filets nerveux. De plus, l'élongation, le tiraillement des nerfs se font trop lentement. Parfois, le plus souvent même, on constate que la douleur s'accroit notablement après l'introduction de la seconde ou la troisième tige. Je ne saurais donc recommander cette méthode avec autant de confiance que la divulsion (1).

4° Les précautions antiseptiques avant, mais surtout après la divulsion, sont de toute rigueur. Il y a des déchirures de la muqueuse, il faut toucher toutes les surfaces cruentées avec la créosote ou l'iodoforme.

J'ai l'habitude de nettoyer la cavité utérine en totalité, une fois l'opération effectuée ; mais, lorsque la chose est possible, je passe, une ou deux fois, préalablement à la divulsion et dans les quelques jours qui suivent, un écouvillon très doux chargé de glycérine créosotée à un tiers. En tout cas, je ne manque pas de le faire après.

Si la muqueuse est malade, ce dont je m'assure par l'examen des sécrétions ou d'une parcelle extraite avec la curette, dès qu'un soupçon me vient, je la gratte avec un écouvillon dur.

5° *Je n'ai jamais constaté d'accidents*, ni septiques, ni nerveux. — D'ailleurs, je n'en ai jamais constaté un seul après l'emploi d'une méthode quelconque de dilatation, et j'en ai pratiqué un très grand nombre.

6° Il ne faut jamais opérer la divulsion forcée dès qu'il existe un noyau de paramétrite à la période aiguë ou même subaiguë. Je n'ai cependant pas toujours été arrêté par cet obstacle. Dans deux cas, j'ai opéré sur des cols malades, avec lacérations douloureuses assez récentes, et noyaux de cellulite juxta-utérine de date peu éloignée, et je n'ai pas observé de complications ; je sais que beaucoup de gynécologues passent outre et dilatent malgré cela ; mais ma religion à cet endroit n'est pas suffisamment faite pour que je me prononce aussi catégoriquement. Je crois que le danger est minime, mais je ne saurais conseiller de le braver, alors qu'il suffit de temporiser un peu pour agir en toute sécurité. J'engagerais donc, en pareil cas, à attendre une douzaine de jours ou plus et à user, pendant ce temps, des injections répétées de solutions antiseptiques à haute température.

(1) Une longue expérience m'a démontré depuis, que la dilatation lente graduelle et répétée guérit très bien la dysménorrhée douloureuse et celle qui dépend de l'antéflexion aiguë. (V. *alias.*)

MÉDICAMENTS TOPIQUES INTRA-UTÉRINS

ANTISEPTIQUES DIFFUSIBLES, PÉNÉTRANTS — ANTISEPTIQUES COAGULANTS

L'étude des *antiseptiques* et de leur choix en gynécologie est une de mes principales préoccupations.

En effet, depuis la découverte de l'antisepsie, la question des agents chimiques employés en vue de ce résultat a beaucoup varié. Elle tend à se déplacer encore davantage aujourd'hui.

Autrefois, on ne voyait guère, dans telle ou telle substance, que sa propriété *désinfectante ou microbicide* plus ou moins radicale. Les recherches de **Miquel** sont basées surtout là-dessus. Avec la découverte des ptomaïnes et des leucomaïnes, il faut tenir compte non seulement : 1° de l'action *destructive* de l'antiseptique sur le microbe (poison vivant), mais aussi 2° de l'action *neutralisante* sur l'alcaloïde toxique qu'il engendre (poison mort, poison soluble, virus, etc.). Enfin, il ne faut pas perdre de vue 3° l'action *locale*, l'action *topique* des agents chimiques antiseptiques sur les tissus.

La conservation des propriétés de défense naturelle du terrain chirurgical, c'est-à-dire de la plaie ; l'intégrité du fonctionnement des appareils vasculaire et nerveux ; le maintien des échanges organiques intimes et des combustions cellulaires... ; en un mot, tout ce qui fait un tissu sain, résistant et prompt à la *restitutio ad integrum* après le traumatisme accidentel ou opératoire, doit être avant tout envisagé par le chirurgien. — A cet égard, l'expérimentation seule et l'observation doivent déterminer le choix des topiques.

Tel antiseptique est trop corrosif et détruit les tissus trop profondément : tel autre les irrite ; tel autre agit par voie réflexe pour déterminer des exanthèmes au voisinage de la plaie.

Au contraire, celui-ci agit trop superficiellement. — Celui-là n'enlève rien de leur vitalité aux éléments anatomiques ; il laisse intacts les protoplasmes qui l'absorbent, et au travers desquels il diffuse ; son transport est rapide et profond, son action s'étend et se propage à distance.

Enfin, il en est qui agissent par destruction simultanée du tissu et des éléments morbides, des microbes qu'il renferme. Ainsi font les acides et le cautère actuel : agents puissants si l'on s'assure que l'action s'étend suffisamment loin et intéresse toute l'épaisseur du tissu compromis ; — agents dangereux, s'il reste des parties non atteintes. Dans ce dernier cas, l'action destructive s'arrête, mais l'action irritative du caustique et du cautère s'étend à ces zones respectées, affaiblit leur vitalité, ébranle l'action pondératrice des nerfs trophiques, et souvent favorise la création prompte de foyers septiques nouveaux, le transport rapide et la propagation à l'intérieur de nouveaux poisons qui vont se développer dans ces foyers secondaires.

A la surface des plaies, l'eschare produite par le caustique ou le cautère forme une barrière, un mur véritable qui fait obstacle à l'écoulement des poisons septiques à l'extérieur, lorsque le poison ou les germes qui l'engendrent n'ont pas été *entièrement et absolument détruits*. C'est la source des principaux dangers qui résultent de l'emploi de ces agents dont l'effet caractéristique est de *coaguler* les albuminoïdes, à moins qu'ils ne les carbonisent. Je les groupe sous le terme de *topiques coagulants*.

Par opposition, j'appelle *topiques diffusibles* ou *pénétrants* ceux dont l'action ne nuit que modérément, ou ne nuit point du tout à l'intégrité des tissus albuminoïdes, à la faculté dialysante des cellules, à la fonction absorbante des capillaires, pas plus qu'elle n'empêche l'exsudation naturelle et l'issue des liquides toxiques ou des micro-organismes renvoyés à la surface de la plaie par l'effort naturel des éléments cellulaires. A ce groupe appartiennent les essences ou huiles essentielles, les composés iodiques faibles, les térébenthines, certaines substances aromatiques, certains acides de même ordre employés en solution très étendue. La créosote, l'acide phénique, l'iodoforme, la térébenthine, les huiles essentielles de genièvre, d'œillet et de girofle, etc., représentent pour moi les meilleurs topiques, parmi ceux que j'ai expérimentés.

Il faut remarquer que les expériences que j'ai entreprises ont été instituées en vue d'une action profonde, surtout en vue de la *thérapeutique intra-utérine* et non point comme étude de protection simple des plaies. C'est à titre de topiques destinés à agir

radicalement sur des tissus malades que ces agents méritent d'être préconisés. Leur action est surtout garantie par le séjour longtemps prolongé au contact des tissus qu'elles doivent modifier.

Le tamponnement permanent de l'utérus au moyen de petits bourdonnets de coton, selon la méthode préconisée par **Vulliet**, (*de Genève*), peut réaliser cette action prolongée, à condition qu'on imbibe le bourdonnet de la substance médicamenteuse. Mais j'ai reconnu quelques inconvénients à ce procédé dans le cas particulier de l'endométrite ; aussi ne puis-je le recommander avec certitude.

Il faut donc user d'un moyen qui permette de laisser dans l'utérus la substance introduite, ou d'agir assez fortement sur la muqueuse malade, et assez profondément pour que celle-ci reçoive une impression durable du contact du topique. L'écouvillonnage suffit à ce résultat, à condition que le topique soit bien choisi.

Je préfère à tous *la créosote*.

Quand on touche, avec de la créosote pure, une muqueuse, on voit se détacher une mince parcelle, une lamelle épithéliale qui s'effrite et tombe en laissant une surface dénudée ; si on continue le contact ou si on le renouvelle, on constate que la créosote agit comme un caustique destructeur, qui ne laisse point d'eschare.

Si on la fait agir sur la muqueuse intra-cervicale on voit s'écouler un liquide séro-sanguinolent abondant. Il semble que les cellules et les glandules se contractent et se vident, mais il n'apparaît point de parties mortifiées qui forment une pellicule visible comme après l'action de l'iode, du perchlorure de fer, de l'acide chromique, du nitrate d'argent, etc.

Lorsqu'on utilise les solutions de créosote pure dans la glycérine à 1/5 ou 1/3, au bout d'un certain temps qu'un tampon a été appliqué imbibé de ces solutions, les couches superficielles de la muqueuse se soulèvent, et on peut les recueillir après avoir achevé de les séparer des couches sous-jacentes.

L'examen microscopique permet de constater que les cellules ont conservé leurs noyaux, qu'elles ont un protoplasme clair et translucide, comme après l'immersion dans l'essence de girofle ou de térébenthine pour les préparations histologiques.

Leur contour est régulier et rien n'est déformé dans les cellu-

les de la lame mortifiée par l'action énergique de la créosote en solution dans la glycérine, de leur couche la plus superficielle à leur couche profonde. J'en conclus qu'elles n'ont perdu aucune de leurs propriétés dyalisantes, et, au travers de leur protoplasme, la pénétration du topique a dû s'opérer très activement vers les couches plus profondes.

Je pense que cette même faculté de n'altérer point les tissus tout en les pénétrant, doit s'exercer par la glycérine créosotée lorsqu'on l'introduit dans la cavité du corps de l'utérus, ou lorsqu'on la fait agir sur la muqueuse intra-cervicale. Telle est, au moins, mon appréciation théorique. Quant à l'appréciation directe des faits, elle découle tout entière des résultats thérapeutiques. Or, ils sont meilleurs de beaucoup que par tout autre topique. En tout cas, ils peuvent rivaliser avantageusement avec ceux que l'on dit obtenir d'autres médicaments.

J'en excepterai peut-être l'iodoforme, mais la comparaison ne peut pas s'admettre, vu la difficulté de déposer des solutions iodoformées dans la matrice.

L'éther iodoformé, il n'y faut pas songer (1).

La glycérine iodoformée est une mixture et non une solution ; il n'y a pas incorporation de la poudre iodoformique. Je ne sais si son action est bien profonde sur la muqueuse utérine malade lorsqu'on la dépose simplement dans la cavité. Je serais tenté d'en douter. Cependant, il m'arrive journellement de mettre de l'iodoforme dans l'utérus, soit en poudre, soit incorporé à des bourdonnets, soit par un procédé qui me réussit assez bien. Je me sers de petites mèches de coton cylindriques, du genre de celles qui servent pour les lampions à pétrole, après les avoir immergées dans l'éther iodoformé. Je les laisse ainsi à demeure dans l'utérus, après en avoir conduit l'extrémité jusqu'au fond de la cavité, au moyen d'un fin porte-mèche.

En définitive, je considère l'iodoforme comme un excellent topique intra-utérin, mais son action est plus difficile à apprécier, plus superficielle et moins destructive. A ce dernier égard, il ne faut pas oublier que la créosote *détruit*. Elle agit donc comme antiseptique puissant par diffusion, et comme agent destructeur.

(1) J'ai cependant publié des résultats utiles obtenus avec cet agent. (Soc. obst. et gyn. *Bulletin*, février 1897.)

Son action est caustique sans doute, mais son eschare est molle, immédiatement caduque ; elle réduit les tissus à la déliquescence.

Elle agit comme les bases caustiques alcalines, la potasse par exemple, comparées aux sels ou acides caustiques.

Elle agit comme le pôle négatif de la pile comparé au pôle positif. Le premier fait une eschare molle et à déliquescence presque immédiate. Le second fait une eschare dure, cicatricielle, compacte et plus durable.

Elle agit en liquéfiant.

La plupart des acides agissent en coagulant.

Les essences et les composés aromatiques, dont j'ai déjà dit un mot, n'ont point d'action réellement destructive, mais leur action pénétrante et leur diffusibilité les rend précieux pour la thérapeutique intra-utérine.

Ces données sont le résultat de longues études et de recherches expérimentales nombreuses.

En m'appuyant sur l'énoncé précédent, je me crois autorisé à dire que l'emploi des caustiques acides violents est défectueux. Ils coagulent l'albumine, ils n'ont qu'une action limitée aux éléments qu'ils touchent et détruisent, ils enferment dans l'épaisseur de la muqueuse les microbes non détruits, en barrant le passage aux sécrétions, et créent des dangers de ce fait. Du fait de leur action irritante propre sur les nerfs utérins, ils provoquent parfois des phénomènes congestifs réflexes et ils sont infidèles en ce qu'il est difficile d'en assurer le contact à toute la surface de la muqueuse. Or, comme il ne sont pas diffusibles ou très peu, ce contact ne saurait se faire secondairement.

Pour les mêmes raisons, à peu près, je proscris le cautère actuel. J'ai préparé à son endroit un réquisitoire qui n'est pas fait pour me porter à le conseiller.

Préparation des composés créosotés

A. *Créosote pure de bois de hêtre.*

Pure, elle est utilisable contre les catarrhes invétérés du col, les exubérances glandulaires de la muqueuse intra-cervicale.

Quand on en combine l'emploi à celui de la dilatation, on peut la faire pénétrer au moyen d'un bourdonnet d'ouate porté par une pince dans toute l'étendue de la muqueuse du corps de l'utérus, à condition d'opérer de suite après qu'on a retiré la tige dilatatrice.

B. *Solution à* 1/3. { Créosote pure de bois de hêtre... 20 gr.
Glycérine..... 60 gr.

Utilisable pour les pansements intra-utérins quotidiens, pour l'écouvillonnage dans l'endométrite franchement septique *post partum* et *post abortum*. Enfin dans les endométrites chroniques invétérées, quand on fait en même temps la dilatation.

C. *Solution faible à* 1/10.

Elle peut être employée pour l'écouvillonnage dans les pansements intra-utérins courants. On peut même l'utiliser pour le tamponnement vaginal, si on désire obtenir une action topique profonde sur la muqueuse intra-cervicale éversée (ectropion) ou sur la muqueuse des culs-de-sac et de la surface externe du col (vaginite postérieure, ulcérations cervicales externes).

(N. B.) La créosote surnage toujours dans ces solutions. Il faut avoir soin de secouer fortement le flacon qui les contient, jusqu'à ce qu'on ait obtenu un liquide opaque blanc, de consistance crémeuse.

COMPARAISON ENTRE LES PROCÉDÉS CHIRURGICAUX, ET LES PROCÉDÉS MÉDICAUX.

Je viens de parler du choix des topiques et j'ai formulé une conclusion. La critique que j'ai faite des caustiques employés me dispense de m'étendre à nouveau sur ce sujet.

On reproche au curage et à l'écouvillonnage d'être douloureux, barbares, violents, etc., etc. Je n'ai plus à les défendre de ces accusations.

On leur reproche, ce qui est plus grave, d'ouvrir les voies d'absorption aux agents septiques en lésant la muqueuse et en déchirant les vaisseaux.

Je réponds en deux mots.

1° Les règles font la même chose sans préjudice très notable.

2° Les vaisseaux ouverts, les liquides, sang et lymphe, s'en écoulent librement ; il n'y aurait place à l'absorption que si la rétention ou le contact de matériaux septiques persistait après l'arrêt de cet écoulement, lorsque les orifices sont plutôt disposés à l'absorption.

3° Or, à ce moment (le curage étant fini), non-seulement il ne reste plus ni matières septiques, ni muqueuse, ni microbes, puisque toute l'épaisseur de la muqueuse est enlevée, dilacérée de mille façons, mais ce qui reste a été lavé par des solutions antiseptiques qui ont tout entraîné, et la surface cruentée reste imprégnée de substances également antiseptiques qui ont diffusé leur action jusque dans les parties saines.

4° En fait, après le curage et l'écouvillonnage, *il n'y a pas d'accidents*. Je n'ai jamais eu un seul cas de fièvre. Jamais une de mes malades n'a dépassé une température de 37°5. Je ne suis pas le seul à me louer de pareils résultats. La question est jugée partout, sauf en France.

Peut-on en dire autant à l'égard des procédés médicaux de la thérapeutique intra-utérine ?

5° Le seul tort des procédés chirurgicaux, c'est de constituer ce qu'on appelle des opérations. J'oppose à cela que, pour moi, ce sont des pansements, non des opérations. Le raclage des vieux ulcères de jambe, la scarification du col, des papules d'acné indurée, des bourgeons de lupus, etc., sont aussi des opérations, et ce sont même des opérations médicales si je puis ainsi dire. Entre ces sortes d'interventions et le curage, je ne fais aucune différence.

Le moment ne saurait tarder d'arriver où les gynécologues seront plus soucieux des résultats à obtenir, plus réfléchis et partant plus hardis. Ils se comporteront alors vis-à-vis de l'endométrite d'après le but à réaliser, et non d'après des données purement illusoires, qui leur font croire et dire encore aujourd'hui

qu'on guérit les fongosités utérines avec l'iode, le soufre, l'arsenic, les alcalins ou les ferrugineux.

Ils savent bien que si ces affirmations sont à peine acceptées par les confrères, elles le sont moins encore par les malades.

Le jour où j'ai enlevé une cuillerée à café de lambeaux muqueux végétants de l'utérus d'une femme qui a couru sans succès quatre ou cinq services de médecine des hôpitaux, et qui persiste à avoir des métrorrhagies continuelles, des douleurs, de la leucorrhée, qui souffre perpétuellement enfin, d'une complication ou d'une autre de sa maladie... si dès ce jour-là, j'ai guéri cette femme, il y a gros à parier qu'elle jugera mieux que personne de la valeur des procédés. Il serait à souhaiter que des appréciations de ce genre n'aient pas lieu de se manifester longtemps.

6° Les traitements médicaux n'ont pas de prise sur les *états chroniques invétérés de l'endométrite.*

Au corps de l'utérus, l'hypertrophie végétante de la muqueuse crée les polypes vasculo-glandulaires et certaines variétés de fausses membranes dysménorrhéiques.

Au col elle prédispose aux polypes, aux productions villeuses et à l'épithélioma.

7° *Les formes légères récentes* peuvent guérir spontanément avec l'aide du traitement général et des petits moyens, y compris la balnéation thermale, et le traitement reconstituant dans les formes torpides liées à un état dyscrasique ; mais en ne les traitant pas promptement, et rationnellement, c'est-à-dire par les moyens locaux, on court toujours le risque de voir tous les efforts échouer et la maladie s'éterniser tout en s'aggravant.

8° Le traitement général est précieux à titre d'adjuvant et surtout quand il s'agit de modifier une constitution névropathique, scrofuleuse, tuberculeuse, ou bien d'agir sur un terrain syphilitique ou prédisposé aux affections glandulaires et aux exanthèmes herpétiques. Il faut donc ne point le négliger dans ces conditions. Il consistera en douches, bains, iode, fer, etc., à l'intérieur. Mais il ne faut pas oublier ceci : alors même qu'on aura amélioré la situation dans tel cas de métrite chronique, on n'aura pas pour cela guéri la maladie, si le corps du délit persiste. Les préparations d'ergot, les injections sous-cutanées d'ergotine, feront contracter l'utérus et ses vaisseaux ; elles arrêteront pas-

sagèrement l'hémorrhagie peut-être, mais viennent une congestion, un excès, une période menstruelle et les phénomènes réapparaissent. Tout est à recommencer. J'en dirai autant des toniques, du fer, et des bains thermaux, ce sont traitements ou pèlerinages annuels à perpétuité dès qu'il s'agit d'une endométrite caractérisée.

COMPARAISON ENTRE LA CURETTE ET L'ÉCOUVILLON CONCLUSIONS.

Ces deux instruments se complètent le plus souvent. Toutefois ils ont leur part d'action spéciale.

La *curette* agit plus profondément ; elle fait une abrasion décisive des lambeaux entamés. Elle agit moins également et ne pénètre pas dans tous les angles et tous les interstices.

Elle comporte quelques dangers rares, et que je suis pour ma part très porté à atténuer, mais qui enfin effrayent parfois les praticiens : déchirures profondes ou perforation de l'utérus.

En tout cas, elle est indispensable pour l'extraction de petits lambeaux qui seuls permettent de faire un diagnostic précis.

L'écouvillon gratte très également la cavité utérine, quand il est bien fait et bien choisi.

S'il est doux, il sert de brosse et de porte-topique à la fois ; préparant ainsi l'absorption du médicament qu'il transporte.

S'il est dur, il détruit très bien les muqueuses bourgeonnantes et hyperplastiques, sinon à la première fois, du moins à la deuxième ou troisième reprise, tout en transportant également le topique antiseptique destiné à compléter son action sur la muqueuse entamée.

Il complète merveilleusement l'action de la curette dans les cas où celle-ci est reconnue indispensable.

Il ramone très exactement la surface intra-utérine, et la débarrasse des débris laissés adhérents par la curette.

Il a l'inconvénient de ne point enlever du coup et par lambeaux, le tissu morbide, à moins que celui-ci ne soit d'une mollesse suffisante ; mais au point de vue des résultats, il en opère la destruction aussi bien que le ferait la curette, par la désagré-

gation entière des éléments cellulaires. Son action en profondeur est tout aussi certaine.

Il est plus aisément accepté par le praticien et par les malades. Celles-ci se résignent plus volontiers à un brossage intra-utérin qu'à un curage avec l'instrument métallique.

Conclusions.

A. — A la rigueur l'écouvillonnage peut servir pour tous les cas d'endométrite. — En pratique cependant, il faut soutenir l'usage de la *curette* pour les formes bourgeonnantes invétérées et rebelles. On écouvillonnera ensuite suivant la méthode que j'ai indiquée.

B. — *L'écouvillon* trouvera son application contre la plus grande part des cas d'endométrite. C'est un précieux instrument pour pansements intra-utérins dans les cas récents et légers, et pour la modification ou la destruction de la muqueuse malade dans les formes chroniques, les plus fréquentes dans la pratique.

L'écouvillonnage sera toujours tenté avec avantage à titre d'essai, si l'on veut éviter de recourir à la curette. Il interviendra toujours à titre complémentaire dans toute méthode de curage de l'utérus.

C. *Les injections caustiques* après le raclage ou le curage sont inférieures, comme action complémentaire, à l'action de l'écouvillon chargé de la solution de glycérine créosotée à 1/2 ou 1/3.

D. *L'abaissement de la matrice* est indispensable dans tout procédé de thérapeutique intra-utérine. Il en garantit la rapidité, la sécurité et la facilité.

E. *La dilatation* est utile sans être indispensable. Elle trouve des applications spéciales pour chacun de ses procédés. La dilatation avec les tentes antiseptiques iodoformées agit avantageusement sur la muqueuse utérine. La dilatation extemporanée ou divulsion est un bon moyen de traitement de la douleur liée aux affections chroniques du petit bassin.

F. Le traitement général, dans la métrite chronique, ne peut avoir d'action réelle qu'à titre d'adjuvant.

Dans les formes légères et récentes, ses effets sont *problématiques*.

G. Le traitement et la guérison de l'endométrite sont, lorsque le traitement local est institué à temps, le signal de la guérison des diverses autres lésions de la métrite, sauf cependant les adhérences de la pelvi-péritonite chronique *invétérée*.

STATISTIQUE RÉSUMÉE

Depuis le mois de juillet 1880 jusqu'au 1er janvier 1887, j'ai traité 339 malades suivant les principes que j'ai détaillés précédemment.

Ces malades ont été traitées ou opérées soit à Saint-Sauveur (H. P.), 1880-1881 ; soit dans ma pratique privée de Paris, soit à la Clinique d'accouchements, 1883-84-85 ; soit à l'hôpital Tenon, 1885-86 ; soit à la Charité, 1885-86 ; soit à ma Clinique ; soit enfin dans la clientèle de mes confrères de la ville. Un certain nombre de cas provient des femmes accouchées par les sages-femmes agréées des hôpitaux dont la surveillance m'est confiée.

Les observations ont été recueillies par les externes, les internes, et chefs de clinique de ces services respectifs et par moi-même. Elles figureront toutes dans un grand tableau qui, en raison de ses dimensions, ne peut paraître dans ce travail.

Voici, d'ailleurs, en abrégé comment se répartissent mes 339 cas :

A. — Endométrite légère et de moyenne intensité.....	280
B. — Endométrite invétérée végétante polypeuse, etc...	43
C. — Endométrite déciduale récente, avec ou sans rétention du placenta ou des membranes, y compris les endométrites puerpérales septiques post-partum.	16
Total.....	339

A). Dans les 280 cas légers ou de moyenne gravité, un grand nombre sont représentés par l'endométrite catarrhale ou épithéliale superficielle, ayant succédé à de petits accidents septiques des couches.

Le reste provenait de causes banales, malpropreté, pessaires, coït suspect, traitements antérieurs faits sans précaution, polypes ou fibromes interstitiels, déviations, etc., etc.

Chez près de cent de ces femmes j'ai noté des complications anciennes du côté du péritoine pelvien et des annexes.

La thérapeutique a été instituée du 3e au 12e mois après le début des accidents, dans les deux tiers des cas environ ; après la première année, dans le tiers des cas seulement. Dans ce groupe ne figure aucun cas ayant dépassé 15 mois.

Le traitement a consisté en pansements intra-utérins avec l'écouvillon doux, écouvillonnage pratiqué en règle. Les solutions créosotées étaient au début à 1/10 seulement. Ce n'est que depuis près de trois ans que je les ai portées à 1/5, puis à 1/3, et que je suis enfin arrivé, pour aller plus vite, à user quelquefois de la créosote pure. J'ai le plus souvent fait la dilatation préalable ou extemporanée.

La guérison était complète, quelques mois après le traitement, chez la grande majorité de mes malades que j'ai eu l'avantage de revoir. J'en vois encore aujourd'hui quelques-unes de temps en temps.

J'ai eu souvent besoin de faire plusieurs écouvillonnages ; je n'ai jamais dépassé *sept*, à quelques jours d'intervalle. Cette nécessité tenait sans doute à ce que mes solutions de créosote étaient trop faibles, et que je n'étais pas encore enhardi à la thérapeutique intra-utérine.

B). Dans les 43 cas d'endométrites anciennes, hémorrhagiques, végétantes, polypeuses, etc., j'ai pratiqué au début l'écouvillonnage seul, mais depuis un an surtout, j'ai recours à la combinaison du curage et de l'écouvillonnage.

Ma première malade date de 1881. Menstrues fétides et état fongueux de toute la muqueuse du corps. L'écouvillon ramenait des granulations bourgeonnantes.

J'ai eu à opérer une malade de la clientèle du docteur Labusquière, deux du Dr Butte, deux du Dr Brethes une du Dr Desnos, dernièrement encore, une du Dr Lanteirès, une du Dr Guérin, une du Dr Genesteix, une du Dr Pioger, etc. Je revois de temps à autre une malade soignée par le Dr Quinquaud pour une acné rebelle, et qui a guéri d'une très vieille endométrite après un seul

écouvillonnage, et chez laquelle la ménopause a été très précoce. La plupart de mes autres opérées sont des malades d'hôpital ou de ma clientèle privée. Je dois mentionner un cas de dégénérescence sarcomateuse totale de la muqueuse utérine dans ce groupe de 43 cas, et une endométrite déciduale datant de 4 à 5 mois.

Des lambeaux de muqueuse enlevés à quelques-unes de ces malades, j'ai des préparations histologiques faites par MM. Marfan, interne de l'Hôtel-Dieu, Moulonguet, interne à l'hôpital Saint-Louis, M. Zinowieff, mon chef de laboratoire, et par moi-même. Elles sont en nombre suffisant pour faire le sujet d'une petite revue d'ensemble sur les lésions pathologiques de l'endométrite.

La guérison des malades de cette dernière catégorie par le curage et l'écouvillonnage combinés ou par l'écouvillonnage seul, est certaine pour les cas opérés depuis plus d'un an. Pour les cas les plus récents, la guérison est certaine pour le présent et je suis convaincu qu'elle se maintiendra, mais il faut attendre du temps la réponse définitive. Au reste, les cas anciens dépassent le chiffre de *vingt*.

C). Dans le troisième groupe de 16 cas, il s'agit d'endométrite septique puerpérale récente post-partum ou post-abortum, tantôt avec rétention de débris placentaires ou du placenta, tantôt sans rétention.

J'ai besoin d'autant moins d'insister sur ces cas, que la plupart figurent dans mon précédent mémoire sur le traitement de l'avortement. Douze observations sont publiées dans ce mémoire, dans lesquelles trois ou quatre fois seulement l'endométrite septique faisait défaut. — Je puis ajouter aux neuf observations restantes sept cas encore inédits : trois du service de la Charité, octobre 1886, recueillis par M. Lancry, interne des hôpitaux, un du docteur Brette, un du Dr Billon.

J'y ajoute un cas pour lequel mon collègue et ami Hutinel avait été mandé, où je fis l'extraction et le lavage intra-utérin extemporanés, et où je ne pus faire le curage très soigneux de la matrice, faute d'aide et des préparations médicamenteuses nécessaires. Un cas de ma pratique privée termine enfin cette dernière série.

Nota. — Toutes les malades de la présente statistique sont guéries sans accidents.

Je ne fais pas figurer à dessein dans ce résumé quelques cas de traitement local de la septicémie puerpérale franche post-partum et par rétention bien évidente des membranes ou de débris appréciables de la caduque. J'ai souvent parlé de ce traitement direct et immédiat de l'endométrite puerpérale, et je le pratique, contrairement au procédé aveugle et moins immédiat, réalisé par le lavage ou les irrigations. — Ce sera l'objet d'un mémoire complémentaire de mon travail sur la fièvre puerpérale.

Je ne fais pas figurer davantage, dans ce tableau, les cas de métrite chronique du col, que je réserve pour un prochain mémoire dont je possède des éléments assez nombreux, pour juger certains points importants de la question si intéressante des états pathologiques du col de l'utérus.

On consultera utilement les thèses de mes élèves :

Dr *Véper* : thèse de Paris, 1887. « Dilatation ».

Dr *Boureau* : 1888.

Ainsi que mes autres ouvrages :

« Pathogénie et traitement des flexions de l'utérus, par la *dilatation* lente et progressive employée comme procédé de *massage et de gymnastique* utérine. » (Soc. obst. et gyn. de Paris, décembre 1887. *Bulletins*, p. 279.)

« Evacuation des collections enkystées de la trompe par la dilatation et le drainage de l'utérus. » (*Ibid.*, p. 91, 1889.)

« Pratique gynécologique, » T. II.

Instruments à employer pour le curage.

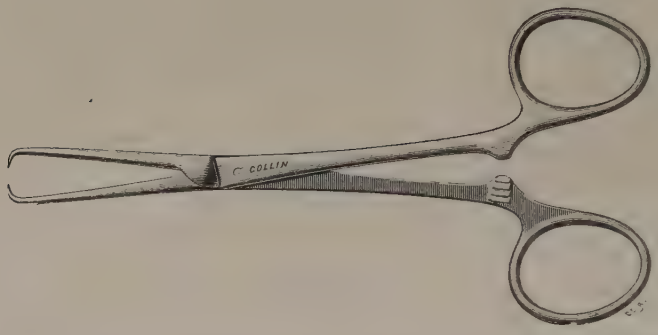


Fig. 1. — Pince à abaissement pour la saisie et la traction du col utérin.

Fig. 2. — Dilatateur métallique de Sims ; peu usité et d'un maniement réputé dangereux par les déchirures qu'il est susceptible de produire.

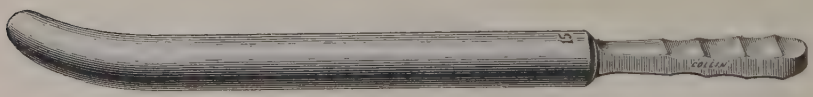


Fig. 3. — Dilatateur de Hégar.

Fig. 4. — Laminaire préparée pour la dilatation.

Fig. 5. — Tente-éponge préparée.

Fig. 6. — Curette longue exploratrice de Doléris.

Fig. 7.— Curette ovale tranchante de Doléris.

Fig. 8. — Écouvillon de Doléris.

Fig. 9. — Sonde dilatatrice à injection intra-utérine de Doléris, fermée pour l'introduction.

Fig. 10. — La même ouverte par le jeu d'une vis métallique.

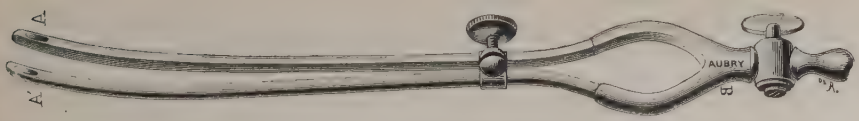


Fig. 11. — La même modifiée par Aubry avec yeux latéraux, et susceptible d'un nettoyage complet.

Discussion devant la Société Obstétricale et Gynécologique, du mémoire « De l'Endométrite et de son traitement ».

(Rapportée dans le but de montrer quelle était à cet époque l'état de l'opinion courante sur la métrite.)

M. Martineau. — Il serait assez difficile d'argumenter en détail l'importante communication de M. Doléris, après une simple audition. Je me réserve d'y revenir plus tard. Cependant, je désire faire tout de suite quelques réserves générales. Car, si la question a été présentée surtout à un point de vue chirurgical, je suis néanmoins, en qualité de médecin, porté à critiquer certaines manières de voir, qui ont été exprimées.

Tout d'abord, des espèces de métrites indiquées par M. Doléris, je concède volontiers la *métrite puerpérale par septicémie*, mais je m'inscris complètement en faux contre la réalité de la *métrite par propagation blennorrhagique*.

Depuis dix ans, dans un hôpital unique peut-être au point de vue de ce genre d'observations, j'ai toujours recherché cette prétendue propagation. Or, sur plus de dix mille cas de métrite, je l'ai rencontrée en tout sept à huit fois, et cela malgré l'énorme fréquence de la vaginite spécifique.

Une variété de métrite que M. Doléris a laissée pour ainsi dire entièrement de côté, c'est la *métrite dyscrasique*. Loin d'être rare, on la rencontre à foison, et ce n'est pas alors la muqueuse qui est primitivement malade. Les altérations primitives siègent dans les vaisseaux. Il se passe ici, ce qui a lieu dans d'autres organes, le rein, le foie, etc., où, à la suite d'un processus d'artério-sclérose, on voit se produire des modifications plus ou moins profondes des tissus. Ces altérations vasculaires favorisent la production d'un épanchement *lymphoïde*, suivi d'un travail de sclérose plus ou moins rapide. Au début, l'utérus est mou, gélatineux, puis, peu à peu, il devient dur, comme fibreux. Je dirai, en outre, que dans ces cas, ce n'est pas l'utérus qui est douloureux. C'est là un fait constaté tous les jours par nos élèves. Ce sont les tissus péri-utérins, qui sont le siège de la douleur. Si la femme souffre, lorsqu'on pratique le toucher, c'est qu'on presse sur les tissus péri-utérins, c'est qu'on y exerce des tiraillements en déplaçant la matrice.

J'ajouterai, enfin, que M. Doléris a complètement passé sous silence la part que prend le système lymphatique dans l'évolution de la métrite. Or

la participation est constante. Il existe toujours un certain degré d'artério-lymphite, des ganglions péri-utérins du ligament large, le tout sensible à la pression, et souvent parfaitement reconnaissable. On rencontre aussi bien chez les filles, chez les vierges que chez les femmes mariées avec ou sans enfants, cette métrite constitutionnelle, cette métrite dyscrasique, et c'est de beaucoup la forme la plus commune de la maladie. Et cela a une importance pratique considérable, parce que, si l'on se contente de faire un traitement local, la métrite ne guérit pas, ou sa guérison n'est que momentanée.

***

Ma discussion du travail de notre collègue portera non sur les détails, mais sur les principes généraux qui dominent l'étude de la métrite et de son traitement. Je serai aussi bref que possible, puisque mon argumentation est basée sur des faits, objets de mes études constantes et de mes leçons, depuis que j'ai pris le grand service gynécologique de l'hôpital Lourcine, c'est-à-dire depuis 10 ans. Toutes mes idées sur la métrite et sur son traitement sont en outre consignées soit dans mon « Traité clinique des affections de l'utérus, » soit dans mes leçons sur la thérapeutique de l'inflammation utérine. Je ne pourrais donc que m'exposer à des redites, et énoncer des opinions connues de la plupart d'entre vous.

Il ressort de la lecture du travail de M. Doléris deux points principaux :

a) La métrite est le plus souvent d'origine microbienne.

b) La métrite exige un traitement particulier, un traitement chirurgical.

Pour expliquer la nature microbienne, M. Doléris dit : La métrite est d'origine puerpérale, blennorrhagique, elle se développe à l'occasion des maladies infectieuses (scarlatine, rougeole, variole, etc.).

Que la métrite puerpérale soit souvent d'origine microbienne, d'accord. Mais que celle qui se développe plusieurs mois après l'accouchement, reconnaisse une même pathogénie, l'influence de microbes jusque-là restés latents, je ne saurais l'admettre. Cette métrite d'origine dyscrasique se distingue d'ailleurs par son mode d'évolution, évolution continue et progressive.

En ce qui concerne la métrite blennorrhagique, j'ai dit, dans la précédente séance, ce qu'il fallait en penser. *Elle est extrêmement rare. Sur plus de dix mille cas, je l'ai rencontrée 7 à 8 fois seulement*, malgré l'énorme fréquence chez les malades de Lourcine, de la vaginite spécifique. Et ici nous avons un moyen précieux de fixer le diagnostic, la recherche des gonococcus. Prenez, dans le vagin, les produits de sécrétion blennorrhagique, examinez ces sécrétions, vous y trouverez facilement le microbe incriminé.

Recueillez aussi, après avoir bien abstergé le col, les liquides de la cavité utérine, examinez-les minutieusement, et répétez, comme je l'ai fait, vos expériences, le gonococcus demeurera invisible, ou vous ne le retrouverez qu'exceptionnellement 7 à 8 fois sur 10.000. La blennorrhagie joue donc un bien faible rôle, dans la pathogénie de la métrite.

En revanche, il est une variété de métrite que M. Doléris a complètement passée sous silence, je veux parler de la métrite tuberculeuse, qui peut être soit une manifestation primitive ou secondaire dans un organisme en puissance de la diathèse tuberculeuse, soit le résultat d'un contage direct.

En dehors de ces cas assez rares, la métrite reconnaît toujours, comme cause prépondérante, une diathèse (scrofule, arthritis, herpétisme, chlorose...), ou un traumatisme.

C'est sur ces notions, qui découlent de l'observation clinique, que j'ai établi cette classification des métrites en :

a) Métrites dyscrasiques ;

b) Métrites traumatiques (dans lesquelles se rangent un certain nombre de métrites infectieuses, la métrite puerpérale, la métrite blennorrhagique).

Ces considérations pathogéniques importent beaucoup pour le choix du traitement à instituer.

M. Doléris semble admettre que toute métrite exige, dès l'abord, un traitement chirurgical. C'est là une grande erreur ! Mais, dans beaucoup de cas, ce traitement chirurgical ne peut qu'activer le processus d'adénolymphite, qui toujours accompagne la métrite, et provoque toute une série de complications, qui sont l'effet d'exacerbations semblables (inflammation du tissu cellulaire pelvien ; plegmon péri-utérin du ligament large ; pelvi-péritonites, etc.). Admettre, comme principe de l'intervention, qu'il faut traiter chirurgicalement toute métrite, ce serait reculer de 30 années. Ce serait nous ramener à l'époque où l'on croyait guérir la métrite en se bornant à guérir l'ulcération cervicale, la leucorrhée, la dysménorrhée, les déviations, etc., etc.

En vérité, cela s'appellerait-il faire de la médecine ? Pour faire une thérapeutique rationnelle et efficace de la métrite, il faut d'abord établir ce triple diagnostic :

a) Diagnostic *anatomique*. { inflammation. / modalité anatomique.

b) Diagnostic *pathogénique*.

c) Diagnostic *nosologique*.

Le diagnostic établi, le traitement doit aussi être triple.

a) Traitement *anatomique*, basé sur la physiologie pathologique de l'inflammation, et les modifications anatomiques dues à cette inflammation.

b) Traitement *pathogénique*. Eloigner ou supprimer les causes déterminantes.

c) Traitement *nosologique*. Combattre la diathèse innée ou acquise (scrofule, arthritis, herpétisme, chlorose, syphilis, qui joue le rôle de cause prédisposante.

a) Traitement *anatomique*.

Pour combattre l'inflammation, il ne faut pas perdre de vue en quoi elle consiste : exsudation vasculaire, prolifération cellulaire, modifications qui se produisent dans l'intimité des tissus par suite de la sclérose des éléments. A l'état physiologique, la cellule est le siège d'un mouvement incessant d'assimilation et de désassimilation. Elle reçoit de la lymphe et du sang les éléments nécessaires à ce travail de nutrition. Sous l'influence de causes irritantes, et à l'occasion d'hyperémies anormales, de l'inflammation, de l'artério-sclérose, des maladies dyscrasiques, la cellule est troublée dans son fonctionnement.

Il n'y a plus équilibre dans le jeu des métamorphoses, qui constituent le travail cellulaire. Mais cet équilibre peut se rétablir de trois manières : 1° Les produits lymphoïdes imparfaitement organisés rentrent dans la cir-

culation lymphatique ; 2° les éléments de nouvelle formation subissent la dégénérescence granulo-graisseuse et sont résorbés sous forme de granulations ; 3° il se fait un tissu fibreux, qui étouffe les produits de nouvelle formation, et qui s'oppose à un développement plus considérable.

En résumé, il faut combattre le mouvement fluxionnaire, modérer autant que possible l'exsudation, modifier la circulation sanguine et lymphatique, activer la fonction cellulaire, afin de hâter la résorption des produits de nouvelle formation.

Ces indications sont remplies par le traitement antiphlogistique, et par le traitement résolutif dans lequel la médication générale, en contribuant à rétablir le fonctionnement régulier de la cellule, en restituant à la fibre utérine sa vitalité, prendra une large part.

2° Pour traiter la lésion, il importe évidemment d'en déterminer la nature. Or, pour ce diagnostic, le toucher, aidé du spéculum, suffit. S'il s'agit de déterminer la lésion origine de la leucorrhée utérine, de la métrorrhagie, pas n'est besoin, dans l'immense majorité des cas, d'abaisser la matrice, de dilater le col, etc., toutes opérations qui peuvent augmenter l'inflammation lymphatique utérine et péri-utérine.

Presque toujours, en effet, l'hystéromètre, manié très délicatement, indique à la main l'état de la muqueuse, si elle est lisse, irrégulière, fongueuse, etc. Ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels (déviations très accusées de l'organe, rétrécissements dus à des cautérisations mal faites), que j'ai recours à la dilatation. Mais je regrette absolument cette pratique allemande et américaine, appliquée par M. Doléris d'une façon systématique, et qui consiste dans l'abaissement forcé, dans la dilatation de la matrice.

Tels sont, messieurs, les préceptes généraux de la thérapeutique utérine, préceptes que, depuis 10 ans, je m'efforce de mettre en évidence et qui me guident dans le traitement de la métrite, soit dans le grand service gynécologique de l'hôpital Lourcine, soit dans ma pratique de la ville. Ce sont ces préceptes, qui m'ont permis de dire que la métrite était une affection que l'on guérissait toujours, alors qu'elle était considérée, autrefois, comme incurable.

Le gynécologiste doit donc toujours, dans le traitement de la métrite dyscrasique ou traumatique, avoir en vue d'abord les lésions vasculaires, et les lésions des tissus produites par l'inflammation ou par l'artério-sclérose ; il dirige toute sa thérapeutique contre ces lésions. Puis, si une modalité clinique survient, telle qu'une ulcération, une végétation, un rétrécissement, une déviation, etc., etc. ; si cette modalité résiste au traitement de l'inflammation, alors il s'adresse à cette modalité, à cette lésion, pour la réprimer, pour en amener la résolution. Ainsi fait-il pour la métrite végétante objet principal de la communication de notre collègue.

C'est ainsi que, pour ma part, s'il existe des fongosités, des végétations de la muqueuse utérine, si elles persistent après les moyens ordinaires de traitement, j'ai recours à la cautérisation directe, pratiquée au moyen d'un porte-caustique, qui me permet de cautériser la cavité utérine sans léser la muqueuse cervicale, ce qui amène parfois des atrésies fâcheuses. Si ces végétations résistent à l'emploi des caustiques, fait extrêmement rare, je comprends alors parfaitement l'importance du curettage de l'utérus. Mais

qu'on le sache bien, par ce procédé on n'a guéri qu'une des lésions anatomiques, la végétation. On n'a guéri ni les lésions vasculaires (artérielles, veineuses, lymphatiques), ni les lésions cellulaires, ni la fibre utérine, ni fait résorber les produits de nouvelle formation. Il ne faut pas avec les auteurs allemands, anglais, américains, admettre que, parce qu'on a, par la cautérisation, par le curettage, provoqué la production d'une nouvelle muqueuse utérine, on a, par cela même, guéri la métrite. Cette croyance, je le répète, pourrait *faire reculer la gynécologie française, de 30 à 40 ans*, alors qu'actuellement ses progrès en avant sont tels, que je ne crois pas exagérer en disant qu'elle occupe le premier rang parmi les nations.

En ce qui concerne le traitement pathogénique, je dirai peu de chose. Il faut écarter (c'est affaire de prophylaxie) ou supprimer la cause déterminante. Existe-t-il un foyer de microbes pathogènes, détruisez-le. Ici encore, je comprends, et je conseille le traitement chirurgical. C'est ce que je fais pour la métrite blennorrhagique, ainsi que je l'ai établi dans mes leçons sur la blennorrhagie ; à cet égard, je partage l'opinion de M. Doléris. Ce que je reproche à son travail, c'est d'avoir posé en principe, dès le début, la nécessité d'un traitement chirurgical, au lieu d'en avoir établi les indications par l'analyse des phénomènes morbides et des conditions pathogéniques.

Après ce que j'ai dit, de la fréquence de la métrite dyscrasique, je n'ai pas à insister sur l'importance du traitement nosologique, auquel j'ai du reste consacré de longs développements dans mon traité ou dans mes leçons.

M. Alph. Guérin. — L'emploi de la curette pour enlever les fongosités qui se développent à l'intérieur de l'utérus est incontestablement utile. Dans mes leçons, j'ai déjà exprimé cette opinion, et j'ajoutais que la fréquence des fongosités n'est pas démontrée.

Après la communication de M. Doléris, je ne suis pas encore bien convaincu, que de vraies fongosités se développent fréquemment sur la muqueuse utérine.

Pour nous convaincre, notre collègue aurait dû nous dire, dans combien d'autopsies, il lui a été donné d'observer la métrite fongueuse.

Je trouve bien, dans son travail, qu'il a pratiqué le curettage et l'écouvillonnage de la matrice :

a) Dans 280 cas d'endométrite légère et de moyenne intensité.

b) Dans 43 cas d'endométrite invétérée, végétante, polypeuse.

c) Et dans 16 cas d'endométrite déciduale récente, avec ou sans rétention du placenta ou des membranes, y compris les endométrites septiques *post-partum*.

Il signale donc sur 339 cas, 43 cas d'endométrite végétante et polypeuse. Comment a-t-il distingué ces métrites de celles qu'il désigne sous le nom d'endométrite légère et de moyenne intensité.

Pour les endométrites, qui donnent naissance à des fongosités, l'on doit recourir au curettage, mais encore faut-il s'entendre sur ce qu'on appelle *fongosités*. Je ne saurais admettre, dans cette classe, cet état de la membrane muqueuse, qui prend l'aspect de velours, que l'on a constaté assez souvent dans les autopsies, et qui résulte de l'existence de petites saillies, très visibles à la loupe. Je considérerai encore moins comme nécessi-

tant le curettage ou l'écouvillonnage, les cas dans lesquels la loupe ne suffisant plus, il faut examiner au microscope une parcelle de la muqueuse, pour établir l'existence des fongosités.

On est tenté de croire que M. Doléris n'attache pas une grande importance à la distinction de la nature de l'endométrite, car il semble recourir au curettage et à l'écouvillonnage, indistinctement, dans l'endométrite simple et dans l'endométrite fongueuse.

Je ne pense pas qu'il admette des fongosités dans les 280 cas d'endométrite légère ou de moyenne intensité.

Cette distinction a pourtant une importance majeure. Si nous sommes disposés à admettre le curage pour les cas où l'exploration de la matrice nous indique l'existence de saillies molles à la surface de la muqueuse, nous n'irons jamais jusqu'à admettre que l'on doit écouvillonner et déchirer une membrane qui n'a subi que le 1er degré de l'inflammation.

Nous guérissons tous l'endométrite par des moyens doux et inoffensifs, et il ne nous est pas prouvé, qu'il nous faille plus de temps qu'aux médecins, qui ont recours au grattage et à l'écouvillonnage.

On nous dit que le curettage n'offre aucun danger. On est allé plus loin : le Dr Hœning, un Allemand, pour prouver que l'utérus peut subir toutes les opérations, toutes les lésions, sans le moindre inconvénient, poussait l'hystéromètre à travers le tissu utérin, de manière à ce que la pointe de l'instrument arrivât jusqu'au voisinage de l'ombilic et, pour communiquer sa confiance aux élèves, il répétait cette expérience devant eux à l'amphithéâtre.

On cite encore Rabl Buckesard et Jelonnus, qui ont perforé l'utérus à plusieurs reprises, pour prouver l'innocuité de cette manœuvre.

Eh bien, ces expériences ne m'ont pas convaincu de cette innocuité ; et comme je sais, d'autre part, que dans la métrite aiguë, le tissu utérin peut devenir mou, au point d'offrir peu de résistance à la pression d'un instrument, je ne puis douter qu'un jour avec une curette, on perforera la matrice, en voulant pratiquer le curage, et que des accidents mortels seront la conséquence de cette opération.

Je conviens que M. Doléris nous apporte un grand nombre d'interventions, dans lesquelles il n'a eu à constater que des guérisons ; mais il a dû prendre les précautions que lui dictait son inexpérience au début, et la responsabilité incombant à un chirurgien, qui pratique une opération dont l'utilité et l'innocuité sont loin d'être admises par tout le monde.

Je suppose que, dans un cas d'endométrite légère, un jeune médecin perfore l'utérus, et que la mort soit la conséquence de cette opération, qui n'est pas indispensable pour guérir, qu'arrivera-t-il ?

Supposez qu'il y ait plainte, et que le parquet prescrive l'autopsie. Malgré les lésions mortelles, causées par l'opération, le médecin légiste pourra constater une métrite primitivement simple, *sans fongosités* ou saillies polypiformes, justifiant l'indication opératoire.

Quand une opération est à peu près le seul moyen de salut pour un malade, quels que soient les dangers auxquels elle expose, le chirurgien, fort de sa conscience, opère et ne craint rien ; mais il faut prendre garde d'égarer sa conscience, et de désespérer de la guérison, avant d'avoir employé tous les moyens doux, que la thérapeutique nous offre.

L'endométrite est une maladie commune, que nous avons traitée et gué-

rie dans notre longue carrière hospitalière ; aussi sommes-nous surpris, quand on nous dit que le curettage et l'écouvillonnage de la membrane malade, sont presque le seul moyen d'obtenir la guérison de l'endométrite.

J'ai, dans quelques cas, eu recours à la curette de Récamier pour enlever des fongosités dont je constatais l'existence en promenant le bec de l'instrument sur la face interne de l'utérus ; mais, dans ces cas-là seuls, et je les crois rares, j'admets que l'on soit autorisé à pratiquer le curettage utérin.

Quand on a pratiqué longtemps la gynécothérapie, on arrive à redouter des accidents pour les opérations les plus légères. L'antisepsie les a, sans doute, rendus beaucoup plus rares, mais les chirurgiens, qui s'entourent des plus grandes précautions, ont constaté, je ne dis pas à la suite du curettage, mais après des attouchements divers, la propagation de l'inflammation aux tissus voisins de l'utérus : c'est la *cellulite* pour l'école allemande ; c'est la *lymphite* et l'*adénite* pour l'école française.

M. Doléris regarde comme absolument inoffensif le manuel opératoire dans lequel il saisit le col de l'utérus avec une griffe, pour l'amener au dehors !

Je ne prétends pas qu'il y ait grand danger à agir ainsi ; mais s'il a injecté les vaisseaux lymphatiques du museau de tanche, il a pu reconnaître qu'il est bien difficile de ne pas en déchirer quelques-uns, quand on pique cette partie soit avec une pince à griffe, soit même avec un tenaculum.

J'ai vu se produire l'*adéno-phlegmon-juxta-pubien*, après une moucheture du col faite avec la pointe d'un bistouri.

Quant aux difficultés du curettage de la matrice, je peux affirmer, que lorsqu'on se sert de la curette de Récamier, pour enlever les fongosités saillantes de la face interne de l'utérus, on n'a besoin ni d'amener le col au voisinage de la vulve, ni de recourir à l'emploi du spéculum.

Pour peu que l'on ait l'habitude de se servir de l'hystéromètre, on introduit la curette en la guidant sur l'index, et quand elle a pénétré dans l'utérus, il suffit de fixer la matrice avec la main gauche portée au-dessus du pubis.

On obtient ainsi une fixité suffisante, pour que l'on puisse aisément détacher les fongosités.

Un partisan du curettage, Schrœder, dit que la sensibilité de la muqueuse au contact de la sonde est caractéristique. Les malades s'écrient aussitôt : c'est là, oui, c'est là qu'est le mal. Walton, de Bruxelles, qui est, lui aussi, partisan du curettage, ajoute : « Dans l'endométrite fondale, la douleur n'existe qu'au fond de l'utérus. Elle peut se transformer en une véritable agonie, avec production de vomissements, de syncope ou d'accès hystériques, et même quelquefois de véritables accès épileptiques. »

Voici des accidents que je n'ai jamais observés ; ils ne l'ont été, je crois, que par les médecins qui pratiquent le curettage, et sont de nature à donner un peu de prudence aux néophytes de la méthode.

M. Doléris ne nous dit pas comment il reconnaît l'indication d'intervenir dans l'endométrite simple. Il y avait là une difficulté, qui ne doit être aplanie que pour les praticiens les plus expérimentés, car les médecins qui pratiquent le curettage, pour la métrite fongueuse, avouent que le diagnostic de cette maladie est souvent d'une grande difficulté. Je trouve la confirmation de cet embarras des médecins dans un passage de Walton,

qui affirme, que dans la métrite fongueuse décrite par Olshausen, les irrégularités sont si spongieuses, que le cathétérisme le plus soigné, ne parvient pas à en transmettre la sensation au doigt même le plus exercé.

Je me résume : j'admets le curettage de la matrice dans les cas de métrite fongueuse, quand des fongosités font une saillie appréciable à la surface de la muqueuse utérine. C'est une opération facile, qui, si elle n'est pas sans dangers, a le mérite incontestable de guérir une maladie qui résiste aux autres moyens thérapeutiques.

L'endométrite simple ne réclame pas une opération, qui est d'autant plus dangereuse que l'inflammation est plus récente ; elle cède au traitement antiphlogistique, combiné avec les injections antiseptiques ou caustiques.

Avant de terminer, je demande à M. Martineau la permission de lui dire, que je ne peux pas être aussi exclusif que lui, quand il soutient que la blennorrhagie vaginale ne peut pas se transmettre à la cavité utérine.

D'abord, on ne comprendrait pas théoriquement cette impossibilité. Où serait la barrière, qui s'opposerait à cette extension ? Nous savons que, chez l'homme, la blennorrhagie se propage d'avant en arrière. Pourquoi, chez les femmes, le gonocoque se cantonnerait-il dans le vagin, et pourquoi n'arriverait-il pas dans l'utérus, ouvert largement dans le conduit vaginal ?

J'appelle seulement l'attention de M. Martineau sur la différence des conditions de propagation du virus chez les nullipares, et chez les femmes qui, ayant conçu, ont le col du museau de tanche largement ouvert.

M. Pajot. — Je crois qu'il est utile de préciser, qu'il s'agit d'*endométrite* et que le mot métrite doit être mis de côté.

Il me semble qu'on peut classer les endométrites en quatre catégories :

A. — *Endométrite commune.* — On l'observe 95 fois pour 100. Elle est caractérisée par un mucus variable d'aspect. Quelquefois, il est constitué par une sorte d'humeur hyaline, un peu opaque, ayant la couleur du verre dépoli. Mais le plus souvent, il est glaireux, jaune verdâtre, semblable à du blanc d'œuf. En certains cas, il se concrète au point de prendre une consistance demi-solide, et même tout à fait solide ; il ressemble à du fromage. Parfois aussi, l'hypersécrétion est telle que la femme est obligée de se garnir comme pendant les règles ; j'en ai vu qui, en marchant, perdaient des paquets de mucus de la grosseur du pouce.

B. — *Endométrite végétante.* — La muqueuse est irrégulière, semée de granulations et de saillies.

C. — *Endométrite hémorrhagique.* — Ce doit être une endométrite très ancienne, au cours de laquelle la muqueuse a acquis cet état fongueux, qui explique les hémorrhagies fréquentes, répétées et abondantes, qui caractérisent l'affection et que j'ai appelées depuis bien longtemps « les queues de règles ».

D. — *Endométrite inflammatoire aiguë.* — C'est la variété la plus rare. Au spéculum, on constate un état inflammatoire très accusé. Ce sont ces cols, qu'en raison de leur rougeur intense et vive, j'ai appelés autrefois « *col de la légion d'honneur* ».

Sur 100 femmes atteintes d'endométrites on en guérit 95, sans qu'il soit besoin d'abaisser et de dilater l'utérus. M. Richet me disait un jour, en

m'entretenant de ce sujet : « *On guérit ces femmes-là, et on les met en état de faire des enfants.* »

Voici le traitement que j'emploie dans les formes communes.

Au début, des injections émollientes, pour faire tomber la congestion.

Puis, pendant l'époque intermenstruelle, on tâche de modifier la muqueuse à l'aide de la cautérisation interne de l'utérus, au moyen du *nitrate d'argent.*

Il faut préalablement absterger la muqueuse, pour que la cautérisation porte directement sur le tissu qu'elle doit modifier, et non sur le mucus. A ce point de vue, je crois que l'écouvillon imaginé par M. Doléris peut rendre des services ; mais en réalité l'écouvillonnage ne constitue pas un traitement ; c'est un simple nettoyage, qui favorise l'action des agents modificateurs.

Réponse de M. Doléris.

En présentant mon mémoire, je savais à quoi je m'exposais, et je ne suis ni surpris, ni ému, de la triple explosion de protestations qu'il a suscitées. Je n'apportais cependant rien de bien nouveau à une question déjà vieille, sinon l'appui de faits personnels, assez nombreux et d'une donnée théorique qui, sans être universellement admise, n'a rien d'extravagant, puisqu'elle rallie bien des suffrages aujourd'hui. J'apportais, en outre, un procédé thérapeutique, qui réalise plutôt une atténuation, qu'une exagération de procédés très anciens.

Mais, il est avéré une fois de plus, par cette discussion, qu'il ne faut pas toucher, en France, aux dogmes classiques, sous peine de sévères récriminations.

Je veux seulement faire ressortir de suite que j'ai été ou mal lu, ou mal compris par mes interlocuteurs. Car M. Martineau m'a fait dire des choses qui ne sont point dans mon mémoire, mais dans son esprit. M. Alph. Guérin s'étonne que je pratique le curage dans l'endométrite légère et il a bien raison, car je me contente d'un pansement, d'un écouvillonnage antiseptique.

Quoi d'étonnant à ce que j'aie la prétention de soigner le mal, là où il est et non à côté ! Faut-il gratter ou écouvillonner le vagin quand l'utérus est malade ? Je ne sais pas cette médecine, je l'avoue, et je trouve naturel de panser la plaie sur la plaie.

On dit que je fais fi du traitement interne : non pas, je l'accepte et j'en use, mais je commence par le traitement local ; j'affirme que si l'on me demandait de soigner une otite externe chronique ou aiguë, une stomatite desquamative, une pharyngite, une con-

jonctivite invétérée, l'idée ne me viendrait pas de donner du soufre, de l'arsenic, ou des alcalins à mes malades, comme le veut M. Martineau, avant de leur faire un traitement local, en rapport avec la muqueuse affectée.

Pourquoi voulez-vous exempter l'utérus de cette même pratique ? D'où tirez-vous vos preuves qu'il y a danger à agir, comme je vous le propose ?

Vous déclarez n'être point partisans de mes procédés, qui sont ceux de nombreux maîtres, beaucoup plus âgés, et beaucoup plus expérimentés que moi ; vous les critiquez, sans les très bien connaître, je le crains !

Vous proclamez qu'ils sont dangereux. M. Guérin accuse et condamne l'écouvillon et la curette de par les perforations de l'utérus faites par le cathéter.

Le danger n'est point dans le traitement, il est dans les erremements anciens, aujourd'hui abandonnés heureusement. Or qu'arrivera-t-il, lorsque, ainsi que beaucoup de médecins l'ont déjà fait à ma connaissance, d'autres essayeront de la thérapeutique intra-utérine que je préconise, avec les précautions que je recommande ? Il arrivera que, n'ayant ni tué ni blessé, mais guéri leurs malades, ils seront bien forcés d'être avec moi, contre vous.

Je ne connais pas de meilleure réponse à vos arguments.

Les miens, ce sont les faits d'abord, le raisonnement ensuite. Un peu d'expérience vaut incontestablement mieux que beaucoup de considérants et de parallèles. J'aurais compris que, sur la foi des observations très nombreuses que j'ai produites, vous réserviez votre jugement, pour après un essai ; mais vous préférez juger et condamner de suite. — J'aurais compris encore que, si vous aviez échoué dans des tentatives analogues aux miennes, vous missiez votre expérience en opposition avec la mienne.

Mais non, vous vous basez sur des aperçus, des doctrines, des formules, dont le moindre défaut est d'être déjà très vieillies, et vous concluez.

M. Martineau jure par l'artério-sclérose et prétend guérir la métrite chronique. Il me pardonnera d'user d'un argument un peu trop *ad hominem* ; mais voici un document qui le condamne : il s'agit d'une discussion qu'il a soutenue contre le Dr Tenneson.

Je cite la phrase même de M. Martineau (Soc. méd. des hôpi-

taux, séance du 9 juillet 1884) : « Je suis surpris de voir M. Ten-
« neson parler de guérir la métrite chronique, surtout par l'emploi
« d'un seul traitement local. Est-il bien sûr d'obtenir la guérison
« de cette affection rebelle ? C'est, d'ailleurs, une maladie qui
« exige avant tout un traitement général, s'attaquant à la cons-
« titution, à la diathèse cause première des accidents. » Je cite aussi la réponse de M. Tenneson : « Quant à la prétention que,
« me prête M. Martineau de guérir la métrite chronique, je ne l'ai
« point exprimée, ne l'ayant jamais eue. »

Je n'ai qu'un mot à ajouter : Pour répondre à vos doutes, je consens, si vous le voulez, à publier mes observations *in extenso* et à y faire figurer les noms des médecins, qui ont échoué dans le traitement de ces malades, guéries plus tard par une thérapeutique intra-utérine décisive. C'est un moyen de comparaison tout trouvé. A l'emploi prolongé des tampons, des injections, des cautérisations du museau de tanche, etc., vous pourrez opposer le résultat d'un traitement au moins rationnel, basé sur les principes que j'ai défendus dans mon mémoire.

D'ailleurs, je ne traite pas tous les cas de même. Mon mémoire le dit, et ma statistique est aussi claire que possible.

« Je ne cure pas les *endométrites aiguës*.

Je ne cure pas les *endométrites catarrhales superficielles*, sinon par exception. »

M. Guérin me demande comment je reconnais l'existence des fongosités, et il a raison de me poser cette question, car je ne vais pas d'emblée, au traitement, sans passer par le diagnostic. Assurément, je n'ai pas l'habileté de M. Martineau, qui lui, diagnostique les fongosités avec la sonde. Mais mon procédé est simple cependant. Une malade se présente : elle a les signes d'une inflammation utérine chronique ; douleur, leucorrhée, hémorrhagies, etc. Je suis en droit d'explorer : j'explore. Je fais un *curettage explorateur* et, d'après le résultat, je procède au curage rigoureux ou je m'en tiens à des procédés plus simples.

Maintenant, M. Guérin dit que la métrite fongueuse est rare, et qu'il faut distinguer. Ce n'est point là le moyen de s'entendre

à mon avis. La métrite fongueuse est rare ou fréquente, je n'en sais rien ; mais ce que je sais, c'est que le mot fongueux est mauvais et vide de sens. Il ne me dit rien, sinon que la muqueuse est bourgeonnante, épaisse, etc. Mais la muqueuse peut être malade, sans être fongueuse, à ce compte-là.

La métrite interstitielle, qui va si fréquemment avec la dysménorrhée membraneuse, n'a rien de l'aspect fongueux. Elle est cependant passible du curage. Fongueux dit tout : endométrite parenchymateuse, interstitielle, polypoïde, villeuse, végétante, etc., mais c'est à tort. L'anatomie pathologique de ces diverses lésions est faite, et ce n'est pas ma faute, si l'on conserve des mots qui parlent trop vaguement à l'esprit.

J'aurai, tout à l'heure, l'occasion de montrer des préparations de types très divers et très caractérisés de différentes variétés d'endométrite chronique (voir p. 94).

On me reproche de ne pas avoir débuté par une description détaillée des lésions de l'endométrite chronique.

Mais ces descriptions sont faites, bien faites, et je ne puis pourtant pas me donner l'air de découvrir l'Amérique, en traitant originalement de choses qui sont dans le domaine gynécologique depuis longtemps.

Je sais, d'autre part, que les faits matériels parlent clairement aux yeux et gagnent facilement la confiance ; aussi est-ce pour cela que j'ai apporté aujourd'hui des coupes histologiques, sur lesquelles vous pourrez juger de la nature et de la gravité des lésions, dans l'endométrite chronique, et décider si la thérapeutique interne doit avoir grande prise sur elles.

Présentation de pièces et de préparations histologiques relatives à l'Endométrite.

Pour appuyer les considérants de son mémoire et édifier les membres de la Société, M. Doléris fait passer sous leurs yeux une série de coupes sortant de son laboratoire et retraçant des variétés très différentes de l'endométrite végétante.

Elles se rapportent à quinze cas choisis pour la démonstration.

Certaines préparations montrent des degrés modérés de l'inflammation interstitielle ou parenchymateuse de la muqueuse. Cette membrane est notablement épaissie et tous ses éléments sont malades.

D'autres montrent des degrés extrêmes d'altération, tels que dilatations kystiques et destruction des parois glandulaires, avec des sortes de cratères profonds logés au sein d'un tissu bourgeonnant.

D'autres enfin sont des types très curieux de végétations villeuses ou papilliformes de la muqueuse. Les éléments cellulaires très agrandis ont subi la dégénérescence colloïde.

Les formes les plus exagérées représentent de véritables productions polypoïdes nées sur un point d'inflammation chronique.

Dans toutes ces préparations, les lésions des glandes, des cellules épithéliales et des vaisseaux sont très nettes. Il est clair qu'un tel degré d'altération n'est point passible d'un traitement général. Peut-on espérer, avec des agents thérapeutiques internes, réduire à sa dimension normale une muqueuse qui atteint par places une épaisseur de trois à quatre millimètres et plus, et au sein de laquelle tout est converti en éléments inflammatoires ? Il ne reste à une membrane ainsi atteinte qu'un mode de guérison spontanée : c'est la *sclérose totale*, et encore cette transformation ultime demande-t-elle des années pour s'accomplir.

14 AVRIL 1887.

2e DISCUSSION SUR LE MÉMOIRE

DE L'ENDOMÉTRITE ET DE SON TRAITEMENT

PORTANT PLUS SPÉCIALEMENT SUR LA

DILATATION DE L'UTÉRUS PAR LES TENTES ASEPTIQUES

M. Porak, au commencement de cette 2e discussion, traite de quelques considérations sur les tentes aseptiques et sur leur emploi dans le traitement de l'endométrite.

« L'emploi des tentes réellement aseptiques n'est pas dangereux, comme le soutiennent beaucoup de gynécologistes.

« M. Doléris croit être le premier qui s'est servi en France d'éponges préparées, trempées préalablement dans l'éther iodoformé. Mais la première mention de cet emploi, fait par lui, n'a été publiée (perdue dans une observation), que dans le courant du mois de juin. Déjà, en mai, j'avais indiqué, à la Société des médecins du VIe arrondissement, des recherches étendues et générales sur la façon dont différentes tentes se comportaient en face des solutions antiseptiques.

« L'éponge préparée, munie de sa ficelle, peut être trempée dans des solutions aqueuses antiseptiques, sans s'affranchir de ses liens, et en être imbibée. Mais lorsqu'on retire la ficelle, l'éponge se distend spontanément à l'air, elle ne peut être introduite dans la cavité utérine. Si on la laisse préalablement dessécher dans des flacons, elle peut s'y souiller, et se trouver dans les conditions des éponges dites aseptiques, et qui ne le sont pas, qu'on vend dans les officines.

« On ne peut utiliser l'action des solutions antiseptiques dans la glycérine sur les éponges, parce que celles-ci, débarrassées de leur ficelle, s'y dilatent à peu près d'un tiers de leur volume. Il faudrait voir les résultats fournis par des éponges munies de leur ficelle, ayant trempé plus ou moins longtemps dans des solutions antiseptiques de glycérine.

« L'éther, l'alcool, l'huile, la benzine, les essences ne dilatent pas les éponges, quel que soit le temps qu'elles séjournent dans ces liquides. Mais les uns, comme l'huile, retirent à l'éponge sa propriété d'extensibilité. Ceci arrive encore avec certaines substances en dissolution dans ces liquides, comme l'iode, les sels mercuriaux, l'iodol. On devra donc donner la préférence aux éponges trempées dans de *l'éther iodoformé*, à condition qu'elles soient placées à l'abri de la lumière.

« L'eau seule dilate la laminaire ; l'huile, l'éther, l'alcool ne la dilatent pas. Après avoir été trempée dans des solutions aqueuses antiseptiques, et être revenue sur elle-même, la laminaire perd sa résistance, sa forme et en partie sa propriété d'extensibilité. Le séjour de la laminaire dans une solution d'éther iodoformé, constitue un excellent procédé pour la rendre aseptique. Elle n'a pas perdu sa propriété de dilatation, et elle possède l'avantage d'être plus souple.

« L'huile seule ne dilate pas les tiges de tupelo ; l'éther, l'alcool les dilatent, et celles-ci ne reviennent plus ensuite à leurs dimensions primitives. Il est donc difficile de les soumettre à des manipulations antiseptiques.

« Etudions maintenant la dilatation de l'utérus, par les tentes aseptiques. Sous l'action de ces tentes, dans les cas d'endométrite, le col et probablement la partie inférieure de l'utérus, se laissent distendre. Mais le corps se révolte contre l'agent dilatateur, ses parois s'épaississent.

« Dans le cas de corps fibreux pariétal, il est plus facile d'obtenir la dilatation de toute la portion de l'utérus située au-dessus de lui.

« S'il s'agit d'un utérus cancéreux, la paroi musculaire étant plus ou moins détruite, je ne pense pas qu'elle se laisse dilater par les tentes, comme dans les cas précédents.

« En résumé, les résultats de la dilatation, à l'aide des tentes aseptiques, m'ont paru très satisfaisants, et je n'ai jamais observé d'accidents sérieux. J'ai cependant laissé séjourner, dans un cas, une éponge iodoformée pendant six jours pleins. Une pareille tolérance ne peut être obtenue, qu'avec des éponges aseptiques. Il est probable qu'avec des agents, moins bien débarrassés de leurs impuretés, on ne tarderait pas à constater des accidents plus ou moins sérieux.

Réponse de M. Doléris.

1° Il faut féliciter M. Porak pour le soin, la patience et la méthode qu'il a apportées à l'étude de la préparation aseptique des substances destinées à la dilatation de l'utérus : éponges, laminaires, tupelo.

2° En réponse aux reproches qu'il adresse aux gynécologues français, je dirai, qu'avec lui, je m'étonne du peu d'intérêt que la technique de la dilatation inspire à nos compatriotes. Je déplore encore plus l'indifférence générale pour tout ce qui touche aux choses de la gynécologie moderne. Je rappellerai, toutefois, que dans une foule de circonstances, j'ai souvent et longuement parlé de la dilatation et de quelques-unes de ses applications les plus récentes.

3° Je relèverai un point de la communication de M. Porak sur la question de priorité.

Assurément nous avons travaillé tous les deux, séparément et

à la même époque, la question de la dilatation et il m'est agréable d'accorder que nos études sont presque contemporaines. Toutefois, M. Porak, dans ses citations de dates, a fait une omission importante :

Le 11 mars 1886, je lis une communication à la *Société obstétricale et gynécologique* : « Traitement de l'avortement. Curage et écouvillonnage de l'utérus pour l'extraction du placenta retenu dans la matrice. » Le procédé de l'immersion des éponges dans l'éther iodoformé est exposé tout au long dans plusieurs des observations.

Le mois de juin suivant, les dites observations sont publiées dans les *Nouvelles Archives d'Obstétrique et de Gynécologie*, tandis que, par suite de retards successifs, elles ne sont insérées au bulletin qu'en juillet.

Donc, communication verbale le 11 mars, publication écrite le 25 juin. (*Bulletin de la Société obstétricale et gynécologique*, 1886. p. 152, 163, 171.)

Dans l'observation I, p. 160 du *Bulletin*, l'éponge fut enduite de *vaseline créosotée* (juillet 1885). — Dans l'observation III, p. 166, l'éponge fut immergée une heure dans *l'éther iodoformé*. 16 janvier 1886. — Dans l'observation V, recueillie par M. Lancry, interne à la Charité, p. 171. L'éponge est immergée dans l'éther iodoformé, 2 avril 1886.

Quant à M. Porak, sa communication orale à la Société du 6e arrondissement est du mois de mai 1886 et la publication imprimée paraît dans la *France médicale* du mois d'août. Voilà les dates. Et si la question de priorité était en contestation, ces dates suffiraient à lever les doutes.

Maintenant, je répète que le travail de M. Porak, réalise une étude d'ensemble très étendue, tandis que je me suis borné à faire connaître le procédé simple et commode pour la pratique, dont je me servais depuis longtemps avec succès. D'ailleurs nous avons tous deux des prédécesseurs : Herff (de Darmstadt), dès 1885, se servait de l'éther iodoformé pour le tupelo. Vulliet, Scheffers, Müller utilisaient depuis longtemps l'iodoforme dans la thérapeutique intra-interne.

4° Avant d'avoir recours à l'éther iodoformé, je me suis servi, comme tout le monde, de solutions phéniquées, créosotées,

même d'huile essentielle de génévrier (*oleum juneperi*), qui n'est point un corps gras, mais une essence aromatique.

Elle n'est donc pas atteinte par les reproches que M. Porak adressait à l'huile ordinaire.

J'arrive aux préparations d'iodoforme dans l'éther. Lorsque la solution est très concentrée, l'iodoforme en excès se précipite, et le liquide prend une coloration brune foncée. De l'iode est mis en liberté. Une telle solution, dit M. Porak, nuit à la solidité et à la cohésion de l'éponge.

Le moyen le plus simple, pour obvier à cet inconvénient, est de se servir de solutions non saturées ne dépassant pas, comme coloration, celle de la vieille eau-de-vie. Il est, d'ailleurs, inutile de conserver l'éponge dans un tel liquide ; il suffit de l'immerger quelque temps avant de s'en servir ; le temps est variable.

Pour l'éponge préparée, cinq à dix minutes suffisent. Par mesure de prudence, on peut adopter une mesure de temps uniforme, soit un quart d'heure à vingt minutes, mais l'immersion de dix minutes suffit amplement pour assurer la pénétration du liquide.

5° Quant aux qualités de la laminaire ainsi préparée, je puis ajouter quelques données à celles fournies par M. Porak. La *souplesse* qu'elle acquiert permet de lui donner la forme à peu près correspondante à la direction du canal utérin.

Cette forme, elle la conserve jusqu'à son extraction. Même, une fois la laminaire séchée à nouveau, on retrouve la courbure, qu'elle avait acquise dans l'utérus. Cette courbure est évidemment celle de la période finale de la dilatation, c'est-à-dire celle qui correspond au ramollissement de la tige dilatatrice. Il ne faudrait donc pas compter sur ce moyen mécanique, pour redresser un utérus vicieusement fléchi. *La laminaire obéit à la direction de l'utérus ; elle ne lui commande pas.* J'ai fait cette expérience plus de vingt fois. Dans les rares circonstances où la déviation utérine s'est heureusement modifiée, cela a tenu à d'autres conditions, à côté desquelles la dilatation, d'ailleurs poussée au maximum par l'éponge, a joué seulement un rôle accessoire.

La *mollesse* de la laminaire, après son séjour dans l'utérus, est assez notable, et j'ai eu l'occasion de voir ces tiges étranglées au niveau de l'orifice interne. Ceci n'arrive guère que pour les nul-

lipares, rarement pour les femmes ayant conçu ; et pour la plupart, cela ne s'observe que pour la première tige introduite.

6° J'arrive aux effets mécaniques de la dilatation.

Voici ce que m'a appris ma propre expérience, sur les effets mécaniques de la dilatation :

A) Ou l'utérus a conservé la totalité de sa musculature à peu près intacte, et c'est le cas pour l'*endométrite* ;

B) Ou bien il existe, dans l'épaisseur de ses parois, des zones passives, ce qui est dû, soit à la présence d'un *fibrome interstitiel*, soit à l'existence d'une *infiltration cancéreuse*. — Dans ces deux cas, le tissu musculaire est affaibli ou détruit dans les zones néoplasiques.

Dans la première condition (*endométrite*), on obtient, avec la laminaire et l'éponge, une dilatation réelle, parfois considérable, mais qui se maintient peu. Dès que le corps dilatant est extrait, l'utérus reprend sa forme en sablier. On n'en voit donc jamais le fond, bien qu'on puisse traverser l'orifice interne avec le doigt (encore cela est-il parfois malaisé). Si on emploie le tampon ou les boulettes (Vulliet), le maintien de la dilatation annoncé comme réel ne me paraît pas acquis. La manœuvre est longue, pénible, difficilement supportée. A supposer qu'on ait foi dans les propriétés curatives des boulettes antiseptiques intra-utérines, il faudrait souvent renoncer à cette illusion, car elles sont vite enveloppées d'une gangue de mucus utérin, qui les isole et facilite leur expulsion. L'éponge échappe à cet inconvénient, car elle s'imbibe de ce même mucus et ne perd jamais le contact avec la surface interne de l'utérus.

Dans la deuxième condition (*fibromes*), la méthode des tampons est bonne, mais non pas supérieure à l'éponge. Comme il ne s'agit que de faire saillir, à l'intérieur de la cavité utérine, un néoplasme de petit volume et de lui faciliter cet accès, en amincissant la paroi de l'organe, on y arrive facilement. M. Vulliet a ainsi réussi à énucléer de petits fibromes interstitiels, après dilatation avec des boulettes. Je suis convaincu que l'éponge lui eût donné les mêmes réultats et plus rapidement.

Dans la troisième condition (*cancer*), nous trouvons le succès réel du tamponnement : découvrir, développer, étaler une surface malade, la détruire, y suivre bourgeon par bourgeon et au

fur et à mesure de leur formation, les moindres végétations néoformées, cela grâce au maintien de l'ampliation de la cavité utérine, tel est le but, rempli par le procédé de Vulliet. Seulement, je ferai une remarque : *ce n'est pas de la dilatation, c'est du tamponnement* ; *c'est un pansement efficace, hémostatique, aseptique, actif*, si on le combine avec l'action de certains caustiques. J'emploie ce procédé dans les cas de cancer inopérable, et je n'ai qu'à m'en louer.

Enfin, je constate que M. Porak a réuni un chiffre d'endométrites très considérable, plus de cinq cents, et qu'il n'a pu leur découvrir guère qu'une étiologie puerpérale. Il n'est pas exclusif à la vérité, et notre ignorance des causes, en général, nous commande cette réserve, mais avec lui et avec le plus grand nombre des gynécologues, je saisis la preuve évidente de la fréquence des endométrites ayant pour origine une *inflammation septique* atténuée, dépendant de l'avortement ou de l'accouchement.

J'entends que M. Porak a dilaté, dans vingt cas, l'utérus et a écouvillonné. Je constate qu'il n'a pas eu d'accidents.

A ma connaissance, MM. Charpentier et Trélat ont usé du procédé *sans accidents*. Il y en a beaucoup d'autres, et j'entasse des matériaux en ce moment, mais nous voilà déjà *quatre*.

Cela ne démontre pas, notez bien, l'*efficacité* du traitement, et ceci est affaire du temps et de l'observation ; mais cela établit la sécurité de la méthode bien appliquée, surtout sous la *sauvegarde* de l'*antisepsie*, et avec le respect des *contre-indications*. Toutes les garanties tiennent presque dans ces deux termes conditionnels.

J'ajouterai quelques considérations accessoires. M. Verrier, (dans une note lue, au cours de la discussion pendante), établit une opposition d'idées entre M. Martineau et moi. M. Martineau, jugeant la blennorrhagie utérine très rare, tandis que je la regarde comme fréquente.

Je n'ai pas dit qu'elle fût rare ou fréquente ; je n'en sais rien, et personne n'en sait rien d'une manière catégorique. Donc voilà une opinion qu'on m'a prêtée gratuitement.

Je ne possède aucun argument irréfutable pour ou contre cette

hypothèse, et les adhérents de cette doctrine n'en ont pas davantage. J'ai parlé d'après des idées reçues, et d'après quelques cas de salpingite, où l'extirpation des trompes et l'examen de leur contenu a démontré l'existence d'un microbe jugé spécifique : le gonocoque de Neisser. Il avait nécessairement suivi la voie utérine pour arriver aux trompes.

Quant à la question de *fréquence*, il est impossible de la décider actuellement.

Je me permettrai de convier mes contradicteurs, M. Martineau en particulier, à nous apporter une base scientifique rigoureuse destinée à étayer ses deux principales assertions sur l'*endométrite dyscrasique* et l'*artério-sclérose* utérine.

Les doctrines ne valent pas des faits, des pièces anatomiques ou des préparations histologiques. S'il existe des documents de cet ordre, il serait bon de nous les faire connaître ; s'il n'en existe pas, il serait urgent de s'occuper d'en rassembler.

Autrement, on me convaincra difficilement, qu'il s'agit de dyscrasie dans certains cas, par exemple, d'endométrite chronique affectant des femmes de 20 à 25 ans, et d'ailleurs relativement bien portantes, hormis leur lésion utérine vérifiable par l'examen microscopique de la muqueuse malade.

Je consentirais aussi à exonérer l'arthritisme et l'herpétisme d'un rôle *primordial* actif dans l'étiologie de l'endométrite chronique, car, jusqu'ici, on peut douter de ce rôle, et certains dermatologistes en doutent. M. Besnier ayant à traiter une de mes malades affectée d'une acnée faciale rebelle et d'une endométrite invétérée, lui dit catégoriquement : *Guérissez votre utérus, et votre figure a grande chance de se guérir.* J'avoue que je ne me croyais pas autant d'accord avec les dermatologistes sur ce point de doctrine.

Je répète donc que c'est sur le terrain des faits qu'il faut établir les diverses opinions relatives au traitement de l'endométrite.

Le mémoire que j'avais lu était un pamphlet scientifique. Dans mon esprit, il ne pouvait encore en ressortir qu'un enseignement, c'est : *l'innocuité du traitement local de la maladie, et l'excellence de ses résultats immédiats.*

A cette conclusion seule je tiens ; les autres éléments de discussion auront leur tour.

Je veux lever, en terminant, un malentendu : M. Martineau dit que c'est à tort qu'on lui reproche de négliger le traitement local. Il en use, mais comment ? M. Martineau n'entend certainement pas le traitement local de l'endométrite à ma façon. J'estime que le traitement local doit être intra-utérin ; les révulsifs, les topiques vaginaux ou abdominaux ne sont que des traitements très médiats. Le seul traitement immédiat, local, par conséquent, doit se faire à mon avis, sur la muqueuse utérine, et à cette condition seule, il sera local, puisqu'il portera sur le *lieu* du mal.

Enfin, pour répondre à M. Pajot, il me faudrait développer à nouveau la doctrine suivant laquelle a été conçu mon mémoire. J'ai dit ma manière d'entendre l'*endométrite*, par rapport à la *métrite* et réciproquement. C'est un accord fait aujourd'hui entre les gynécologistes, que la *muqueuse* ne s'enflamme pas isolément sans que la *musculature* subisse les conséquences du contact de l'inflammation, qui peut même gagner la séreuse.

Dans la forme *aiguë*, il y a solidarité étroite, et diffusion habituelle des lésions inflammatoires dans tout l'appareil utérin.

De cette forme, je ne m'occupe pas thérapeutiquement ; contre elle, on n'a que fort peu de prise. Le repos, l'hygiène, le traitement antiphlogistique agiront peu efficacement, je le crois, mais ce sont des conditions indispensables pour empêcher le mal de s'aggraver, et ici je suis d'avis qu'il faut suivre les règles que tous nos maîtres enseignent.

Mais ce n'est là qu'une période de début et aussi de transition. Vient le moment où, de cette *métrite* plus ou moins généralisée, totale même, il ne reste qu'une lésion, celle de l'*endométrite* sous la forme *chronique*, celle que nous observons le plus fréquemment et dont je vous ai montré, ici même, de nombreuses préparations microscopiques après raclage.

La muqueuse seule, ou à peu près, *paraît malade*. C'est elle qui, d'après mon exposition et mes raisonnements, *conserve et entretient* la maladie utérine en permanence ; c'est contre elle que j'ai proposé d'agir *localement*. En précisant ma pensée, j'ai rendu tout débat inutile en dehors des prémisses qu'à mon sens, j'étais en droit de poser.

JUILLET 1887

LA THÉRAPEUTIQUE INTRA-UTÉRINE

Ses indications, ses avantages, ses prétendues difficultés et les dangers qu'on lui attribue. Réponse à quelques objections.

A l'occasion d'un mémoire d'ensemble que j'ai lu à la Société obstétricale et gynécologique de Paris, sur le *traitement de l'endométrite par l'écouvillonnage et le curage de l'utérus*, un de mes contradicteurs a usé, contre la méthode de traitement que je défends, d'un argument plus spécieux que solide. D'abord, en rejetant sur le curage et sur les instruments employés pour cette opération, les accusations plus ou moins plausibles portées contre le cathétérisme ; — ensuite, en représentant la thérapeutique intra-utérine comme susceptible d'imposer aux praticiens de graves responsabilités médico-légales.

Je rappelle que pour me conformer aux exigences de la pratique, et parer aux difficultés que rencontre le médecin qui exerce en dehors des grands centres, j'ai préconisé spécialement l'*écouvillon*, et accessoirement la *curette* ; convaincu par l'expérience que le premier de ces instruments répond à la plupart des indications, et qu'il vaut presque toujours autant que le second, sinon mieux, je l'ai conseillé de préférence, sans dissimuler que personnellement je faisais un grand usage de la curette, qui permet une action plus rapide, et que j'associe à l'écouvillon dans la majorité des cas. La raison véritable qui m'a dicté ce conseil,

(1) *Nouvelles archives d'obstétrique et de Gynécologie.*

est que le public médical accepterait plus volontiers mon procédé, parce qu'il se présente comme étant plus commode et moins brutal, moins dangereux si l'on veut, bien qu'à parler franchement, il n'y ait aucun danger dans l'emploi judicieux d'une méthode quelconque de thérapeutique intra-utérine. Je me trompe, il n'y a de dangereuses que celles qui sont malheureusement encore aujourd'hui les plus répandues et les plus usitées. Ces dernières méthodes, basées sur l'action de cautères et de caustiques les plus variés, portés sur le col utérin ou dans l'utérus, ont fait plus de mal et causé plus d'accidents, que jamais n'en causeront les interventions intra-utérines franches que je défends.

Voilà une assertion dont l'apparence paradoxale disparaîtra vite, le jour où l'instruction gynécologique aura pris dans les études médicales modernes, la place qu'elle y doit tenir.

Cependant mon contradicteur commence par citer des cas, où volontairement ou bien involontairement, des gynécologues ont traversé la paroi utérine avec le cathéter et cela sans accidents ; il ne croit pas à l'innocuité de ce traumatisme et il a peut-être raison ; ceci n'est pas précisément mon affaire, bien que, couverte par l'antisepsie, la chose soit probablement moins dangereuse au fond qu'elle n'en a l'air.

Je ne suppose pas, au reste, que des hommes graves, expérimentés, réputés honnêtes, judicieux, des professeurs (je pense à **Karl Braun de Vienne**, en parlant ainsi) s'amusent à perforer l'utérus par fanfaronnade. Non, en produisant volontairement, sous la sauvegarde de la propreté aseptique un tel accident, ils ont voulu simplement exagérer la liberté du principe en vertu duquel ils recommandent d'explorer, de cathétériser l'utérus, et ils ont cru aller au-devant d'objections nées d'une crainte exagérée de cette pratique.

Mais, dans mon affaire, il n'est pas question de cathéter, il s'agit d'*écouvillon*, *de curette*. Or, tout en réservant grandement la nature des conséquences qui pourraient en résulter, je défie qui que ce soit de crever un utérus avec un écouvillon, je le défie même d'érafler tant soit peu sa paroi musculaire. Avec la curette, la chose n'est pas plus aisée, si on choisit la curette telle qu'il la faut choisir. Les cuillers-curettes (**Volkmann**, **Sims**, **Simon**,

etc.) sont incapables, par leur forme même, de pénétrer dans la couche musculaire. La curette de **Recamier**, à la rigueur, pourrait blesser profondément la paroi utérine, si elle était maniée par un infirmier. Mais je doute qu'un médecin, auquel on a confié légalement, sans hésiter, la disposition de toute la pharmacopée, de tout l'armamentarium obstétrical et chirurgical, arrive jamais à trouer un utérus avec la curette dont je me sers et que je recommande. D'ailleurs, dans l'état où en sont les esprits quant à la thérapeutique gynécologique, je puis garantir hardiment que la chose n'aura pas lieu de sitôt !

Mais j'arrive à la responsabilité médico-légale, en cas d'accident.

Raisonnons sérieusement : le médecin ordonne à sa guise tous les poisons les plus violents, les alcaloïdes les plus toxiques (il y en a qui s'en font une spécialité...).

Vous ne lui refusez pas le droit de crever un œil sous prétexte de cataracte, ou de trouer un intestin sous couleur de kélotomie, même de mettre son forceps à tort et à travers un peu partout. Vous le contrôlez encore moins, et vous n'avez aucun droit de l'accuser, lorsqu'il fait geler un typhique par des bains froids ; vous ne le pourriez pas davantage s'il le faisait bouillir dans des bains chauds.

Il use en somme de la diète ou de l'aliment, du froid, du chaud des remèdes, des instruments, etc., quand et comme il lui plaît, sans que jamais on ait songé à l'inquiéter médico-légalement, à moins d'erreur grossière, non dans les espèces, mais dans les doses, ou à moins de faute lourde contre la chirurgie élémentaire... et on veut l'effrayer par la responsabilité qu'il est censé encourir, en imitant quelques-uns des maîtres dans les procédés les plus vulgaires de la thérapeutique intra-utérine ?

Ceux-ci lui enseignent qu'elle est logique, qu'elle donne des résultats, qu'il n'y a difficulté, ni péril à la mettre en usage.

Par contre, les adversaires de la méthode, bien intentionnés, cela n'est pas douteux, mais mal inspirés dans le cas particulier, lui crient *casse-cou* ! avant qu'il ait seulement pris sa direction et essayé de s'instruire peu à peu. On lui conseillerait volontiers de ne rien faire plutôt que de tenter le petit coup de balai que je préconise.

Voici donc ce que mon contradicteur oppose à mon balai de crins ou à la curette, on ne sait auquel des deux ; mais moi je tiens au balai, c'est-à-dire à l'écouvillon, non par goût, je le répète (je préférerais la curette), mais par nécessité ; *il faut faire accepter un minimum à défaut d'un maximum.*

« *Je suppose, dit-il, que dans un cas d'endométrite légère, un jeune médecin perfore l'utérus et que la mort soit la conséquence de cette opération qui n'est pas indispensable pour guérir, qu'arrivera-t-il ? Supposez qu'il y ait plainte, et que le parquet prescrive l'autopsie. Malgré les accidents mortels qui ont été causés par l'opération, le médecin légiste pourra constater une métrite primitivement simple, sans fongosités, ou saillies polypiformes justifiant l'indication opératoire. Quand une opération est à peu près le seul moyen de salut pour une malade, quels que soient les dangers auxquels elle expose, le chirurgien, fort de sa conscience, opère et ne craint rien ; mais il faut prendre garde d'égarer sa conscience, de désespérer de la guérison avant d'avoir employé tous les moyens doux, non dangereux que la thérapeutique nous offre.* »

Je répondrai d'abord que l'écouvillon ne perfore pas l'utérus, que la curette ne le perfore pas davantage ; je viens de m'expliquer à cet égard et cette réponse me dispense de toute argumentation.

Je pourrais répondre ensuite au sujet des lésions, au sujet de l'expert, de sa compétence, etc. Mais je pense que c'est inutile, et la chose ne m'intéresse pas.

Je répondrai cependant au troisième considérant qui est la prétendue inutilité de l'intervention chirurgicale, dans l'endométrite, parce que les moyens *doux*, *non dangereux*, suffisent. Voici mon avis, et je doute qu'il y ait grand'chose à lui opposer.

Ou l'endométrite *est récente, aiguë, et vous n'y pouvez*, vous *n'y devez* rien faire, sinon aider à la *natura medicatrix* : cataplasmes, injections, bains, repos, tampons, sangsues, dérivatifs, lénitifs... tout cela est bel et bon ; autant en ferait une commère. Je n'ai rien à y reprendre. On semble dire que c'est pour le médecin le moment de se croiser les bras et de donner de bons conseils... soit, je l'accorde pour l'instant.

Mais l'endométrite persiste, les phénomènes aigus ont disparu. Reste la lésion muqueuse, atténuée, subaiguë, presque chronique déjà ; restent les conséquences toujours imminentes de cette lésion... Que faire ? Si vous continuez à laver la peau de votre malade, à lui couvrir le ventre de cataplasmes, et à lui remplir son vagin de tampons glycérinés, il est probable que son utérus ne s'en ressentira guère ; c'est ici que je viens vous dire : il est temps de faire quelque chose ; si *vous ne le faites pas, vous ne faites rien d'utile.* Peut-être même votre abstention est-elle dangereuse, préjudiciable à la malade ; car, enfin, il faut être juste, la prudence est presque aussi souvent dans l'action que dans l'expectation. Exemple : Votre enfant nouveau-né a *une ophtalmie* (vous faites de l'expectation armée à l'eau phéniquée à 1 pour 100 ! !) ; vient l'ophtalmie purulente, la perforation de la cornée, la panophthalmie, la perte de l'œil..... Il me semble qu'un peu d'action n'eût pas fait de mal, et que de fortes solutions de nitrate d'argent eussent été fort de mise.

Donc, en un mot comme en cent, si l'on peut penser qu'il est inutile ou discutable d'agir par des moyens directs contre l'endométrite, tant qu'elle est *aiguë*, il n'est pas permis de se retrancher derrière l'abstention de ces mêmes moyens lorsque la lésion est installée, et que les phénomènes aigus ont disparu.

Or, que veulent les praticiens ?

Justement cela : pouvoir agir contre les métrites qui persistent, qui durent, qui ne guérissent pas seules ; ce sont celles dont je parle.

Que veulent-ils encore ?

Des moyens qu'ils puissent employer eux-mêmes ; des procédés qui ne soient pas des spécialités ou des fantaisies chirurgicales, mais des procédés simples, faciles et efficaces surtout. Les instruments que je leur offre vont à ces procédés.

Que doivent-ils savoir ?

Avant tout et par-dessus tout agir sans faire courir des risques à leurs malades. Pour cela, il faut :

1° Faire un diagnostic précis et complet qui permette d'exclure les lésions accessoires dont l'existence pourrait être une fâcheuse condition pour l'opération ;

2° Ecarter le moindre soupçon de paramétrite ou de périmétrite,

s'assurer que les trompes sont saines, ainsi que les ovaires. C'est là le principal secret ;

3° Commencer son intervention en s'entourant de bonnes conditions de réussite, c'est-à-dire *dilater avant* de nettoyer l'utérus sous le couvert d'une antisepsie rigoureuse ;

4° Pour dilater, se servir de procédés acceptables pour la malade et d'une parfaite innocuité ;

5° Pour nettoyer, user d'abord d'instruments commodes, et des procédés les mieux appropriés au succès de l'opération.

Ce sont ces conditions qui permettront à n'importe quel praticien de se passer de tout spécialiste, et de mettre la thérapeutique intra-utérine à la hauteur des nécessités de la pratique ordinaire. Je me propose de les développer ici successivement. J'espère ainsi faire mentir les craintes non justifiées manifestées à l'égard des méthodes d'action, et en même temps rendre service aux malades et aux médecins.

Maintenant je veux finir par un trait caractéristique dont la portée n'échappera à personne.

On a fait grand bruit dernièrement d'un ou plusieurs cas de mort survenus après le curage de l'utérus. M. **Duchamp**, de Saint-Etienne, à l'une des dernières séances de la Société de médecine de Saint-Etienne et de la Loire, cita un exemple de mort, à la suite d'une intervention chirurgicale dans l'utérus. (Raclage de la muqueuse pour combattre des métrorrhagies). L'autopsie fit découvrir une péritonite suppurée, ayant envahi tout le bassin. Dans la discussion qui suivit on parla vaguement de deux autres cas.

Les opposants de la thérapeutique intra-utérine se sont saisis avec empressement de ces faits pour combattre le curage, et, bien qu'il n'en ait pas été fait mention dans les discussions qui ont suivi la lecture de mon mémoire, on y a fait néanmoins des allusions assez claires. — Quant à moi, j'avais déjà, à la lecture du cas de M. Duchamp, jugé qu'il y avait eu négligence de quelques précautions ou méconnaissance de quelque contre-indication.

Or, voici ce qu'a écrit M. Duchamp, avec une loyauté et une bonne foi qui dénotent ses sentiments scientifiques élevés, et dont, pour ma part, je me félicite pour lui, et pour le succès de nos efforts communs tendant au progrès gynécologique. Je reproduis

intégralement et textuellement le passage d'une lettre de M. le Dr Duchamp, concernant les prétendus cas de mort à la suite du curettage de l'utérus.

« Ce que j'ai dit du cas qui m'est personnel est exactement reproduit. Mais le procès-verbal de la séance exprime mal ce que j'ai ajouté par la suite. Je me rappelle avoir dit à ce sujet, que *j'avais entendu parler* de deux malades de notre région, opérées à Lyon, qui auraient rapidement succombé. Mais je me suis bien gardé d'affirmer une chose dont je n'étais pas sûr, car *je n'avais pas vu ces malades, et je ne savais pas au juste quelle opération leur avait été faite.*

« Veuillez donc, monsieur, faire abstraction de ces deux observations qui n'ont aucune valeur.

« Permettez-moi de vous dire que mon cas malheureux ne m'a pas rendu antiinterventionniste. Je m'assure mieux, depuis lors, de l'état des annexes de l'utérus, et lorsque j'ai constaté leur intégrité, je cautérise ou je racle volontiers une cavité utérine.

« Je me suis convaincu que les interventions radicales sont moins dangereuses que les manœuvres moins décisives, et j'ai coutume de dire que, lorsque les annexes ne sont pas malades, on peut tout se permettre sur un utérus, à la condition d'être archi-antiseptique. »

Je n'ai rien à ajouter à cette lettre, si ce n'est que les passages mis ici en italique sont soulignés dans l'original. Je laisse les commentaires *ad libitum*.

Je sais, d'autre part, qu'on a pensé s'appuyer sur certaines assertions d'origine étrangère qui incriminaient les procédés les plus bénins de l'exploration gynécologique, mais ce serait faire fausse route que d'insister sur de pareils moyens de discussion, car les auteurs auxquels on a fait allusion, sont peut-être les gynécologues les plus hardis que j'aie rencontrés au cours de mes voyages à l'étranger.

Enfin, et ceci est plus grave, on a mis en doute les chiffres, les faits et l'innocuité des méthodes nouvelles.

On a, du même coup, donné sans s'en douter un démenti à la gynécologie universelle. Ces démentis ne profitent à personne. Quant à moi, ils ne m'inquiètent en aucune façon. Ceux qui en

France proclameront l'innocuité de la thérapeutique intra-utérine bien conduite, peu nombreux aujourd'hui, s'appelleront légion demain.

Si j'ai contribué au succès de cette cause, je m'en réjouis sincèrement, car je n'ai pas perdu une seule occasion de montrer, d'écrire et de discuter en vue de ce résultat.

Je répète encore bien haut que, sur près de quatre cents cas, traités par moi depuis plus de six ans, je n'ai pas constaté un seul accident. Ceci, je le dis uniquement pour encourager mes imitateurs et décider les hésitants.

MAI 1888

MÉTRITE CERVICALE

PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT DES AFFECTIONS DU COL DE L'UTÉRUS (1).

Dans la *métrite cervicale*, comme dans la métrite du corps, le processus initial a toujours son siège dans la muqueuse ; les lésions, plus ou moins importantes, qui surviennent ensuite, ne sont autre chose que la diffusion du travail morbide dont le point de départ est la muqueuse.

La *métrite du col* est aiguë ou chronique. La première n'offre qu'un intérêt relatif : son évolution est d'une rapidité telle qu'il n'est guère possible d'en donner une bonne description ; les phénomènes propres à l'état aigu sont fugaces et le gynécologue se trouve plus souvent, en réalité, en présence d'une autre maladie : *l'endométrite cervicale subaiguë ou chronique*.

Il y a deux variétés d'endométrite cervicale chronique : la *traumatique* et la *non traumatique*.

La forme *non traumatique* est particulière à la vierge ou à la nullipare ; c'est-à-dire à la femme dont l'utérus est en état d'intégrité relative, et n'a point subi de modification de forme sous l'influence d'une cause de dilatation. La maladie reconnaît comme origine une inflammation qui, procédant de l'extérieur, vient se localiser dans la muqueuse du col.

(1) Ce mémoire est le texte d'une communication lue au congrès gynécologique espagnol, tenu à Madrid, en mai 1888 (Congr. Gyn. esp. p. 218). C'est le résumé de mon enseignement de 1887, recueilli en langue espagnole par mon ami le Dr Farriols y Garrido, de Madrid. Il est antérieur à toute publication française, moderne sur le sujet.

La forme *traumatique* appartient, au contraire, à la femme qui a accouché ou avorté, et chez laquelle s'est produite, en conséquence, une distension violente du col avec effraction d'une ou des deux parties latérales.

Le *traumatisme* ne produit pas l'endométrite et, si nous établissons la division ci-dessus, c'est pour bien affirmer l'existence de la maladie chez la nullipare.

L'existence d'une plaie n'entraîne pas fatalement l'inflammation de la partie atteinte. Il en est de même pour le col: sa déchirure peut guérir sans inflammation et c'est heureusement ainsi qu'elle se comporte ordinairement. En un mot, le traumatisme n'est pas cause, il n'est que coïncidence ; mais, suivant qu'il existe ou non, la maladie revêt une forme spéciale.

Lorsque le segment cervical de la matrice s'enflamme pour la première fois, chez la *vierge* ou chez la *nullipare*, il est bien établi aujourd'hui que l'étiologie constante de cette endométrite cervicale, est la propagation d'un processus phlogogène extérieur. Si le processus est très aigu, très virulent, son action peut s'exercer simultanément sur les deux muqueuses qui tapissent le col: l'interne, ou *muqueuse intra-cervicale*, et l'externe que nous appelons *muqueuse cervico-vaginale*. L'invasion simultanée des deux portions s'observe surtout dans les cas de blennorrhagie aiguë. Si la virulence a été primitivement moindre ou si l'inflammation, primitivement aiguë, s'est atténuée, on observe communément que les lésions prédominantes se localisent sur la muqueuse intra-cervicale, tandis que la muqueuse cervico-vaginale ou bien résiste à l'action du processus inflammatoire ou se soustrait rapidement à son influence, suivant qu'est réalisée la première ou la seconde des conditions susdites.

La différence de structure des deux membranes explique bien leur degré différent de résistance :

La muqueuse cervico-vaginale est papillaire, sans plis, sans utricules ni glandules, et elle est revêtue d'une épaisse couche stratifiée d'épithélium pavimenteux, dont la zone la plus superficielle constitue comme un vernis corné, sans solution de continuité. Elle offre de nombreuses analogies avec l'épiderme cutané, et, comme lui, oppose un obstacle efficace à l'inflammation.

La muqueuse intra-cervicale, au contraire, est accidentée, criblée d'utricules et de dépressions au fond desquelles s'ouvrent des glandes en grappes très développées. Les espaces interglandulaires, les utricules et les glandes sont revêtus d'une couche continue et unique d'épithélium cylindrique offrant le caractère des épithéliums de sécrétion. A cette couche ténue et unique est accolé le riche réseau lymphatique sous-épithélial et périglandulaire. L'inflammation trouve donc, dans cette partie interne de la muqueuse du col, un terrain favorable à son développement rapide en *surface* et surtout en *profondeur*.

Dans l'inflammation du col de l'utérus, que le processus coïncide avec le traumatisme, ou qu'il en soit indépendant, on retrouve quelques éléments principaux de grande signification et de grande valeur pour l'histoire de la maladie. Ces éléments sont : *l'ectropion* de la muqueuse intra-cervicale, *l'éversion* des lèvres et *l'érosion*. De ce triple élément découlent les faits et phénomènes visibles à l'extérieur et autour desquels règne le plus complet désaccord entre les anciens gynécologues et les modernes, désaccord dépendant d'abord de l'ignorance de certains faits, et, en second lieu, d'une interprétation illogique des termes et de l'importance relative des faits.

Les anciens auteurs ne voyaient que *l'ulcération* ; les modernes discutent la valeur des éléments anatomiques divers du processus.

L'ectropion était pour ainsi dire complètement méconnu.

De *l'éversion*, il était à peine tenu compte, comme si elle n'existait pas, dans ces cas où le traumatisme est si énorme que les deux lèvres du col apparaissent séparées à la manière de deux valves largement ouvertes. On a été jusqu'à prendre des cas d'ectropion, avec éversion considérable, pour de *vastes ulcérations* développées sur un col notablement élargi, hypertrophié par l'inflammation. L'exploration attentive de l'organe a permis de relever plus tard de telles erreurs et d'attribuer à l'ectropion ce qu'on rapportait autrefois à l'ulcération.

L'éclaircissement de ces points de la pathologie utérine est de la plus haute importance pratique ; en effet, de leur saine interprétation dépend, dans beaucoup de cas, la guérison ou l'incura-

bilité de l'affection. Le seul mode de traitement à adopter doit se baser sur une pathogénie rationnelle qui, à son tour, est établie sur l'examen microscopique des organes malades.

Des différents éléments, un surtout est en litige : c'est *l'érosion.*

Ectropion synonyme d'érosion.

On peut distinguer deux périodes dans l'histoire du phénomène pathologique de l'ulcération (*érosion*).

Dans la première, la nomenclature et les dénominations dépendent toutes des caractères extérieurs de la lésion. caractères constatés au moyen de la vue et du toucher, et aussi des premières investigations microscopiques. Le progrès qu'on était en droit d'attendre de l'intervention du microscope ne fut pas tel qu'il eût dû être. La raison en est dans ce fait que les anatomistes firent exclusivement leurs recherches sur des pièces recueillies dans des autopsies ; il en résulta que certaines erreurs prirent naissance et se développèrent avec d'autant plus de puissance qu'elles semblaient confirmer les doctrines reçues et qu'elles avaient la sanction du microscope. C'est ainsi que, d'une part, on ne pouvait découvrir l'ectropion sur le cadavre, tandis que la macération de la muqueuse cervico-vaginale laissait voir une sorte d'érosion papillaire due, en réalité, non à la destruction inflammatoire, mais à la délitescence cadavérique de la couche d'épithélium pavimenteux de l'extrémité du museau de tanche.

Dans la seconde période, on voit surgir avec le traitement chirurgical, des notions précises basées sur les lésions histologiques étudiées sur des pièces fraîches enlevées sur le vivant. Le début de cette période est signalé par une importante constatation clinique ; c'est que la hernie de la muqueuse, c'est-à-dire l'ectropion, joue un rôle important **Mayer**, **Scanzoni**. En même temps, s'établit la nouvelle donnée de l'influence du traumatisme (**Emmet**) dont les conséquences sont d'agrandir l'orifice externe du col et de rendre plus ou moins indépendantes les deux lèvres, ce qui facilite l'éversion en même temps que l'apparition à l'extérieur de la muqueuse intra-cervicale.

La doctrine de l'ectropion se combine avec celle de l'éversion.

Il appartenait alors aux histologistes d'établir le point de départ des lésions, de fixer le siège du processus appelé ulcératif ou érosif sur l'une ou l'autre muqueuse, et de montrer enfin la série des lésions secondaires capables de se greffer sur le processus primitif.

C'est en Allemagne qu'eurent lieu les premières tentatives de ce genre, et c'est là aussi que commença la transformation de la thérapeutique des lésions du col.

Emmet, en Amérique, étendit et compléta la donnée de l'influence du traumatisme.

Les histologistes n'étaient pas absolument d'accord. Rien de plus intéressant que de suivre pas à pas et de discuter chacune des opinions émises sur les lésions inflammatoires du col. Semblable tâche ne pourrait qu'affermir la base de notre propre description ; mais, ne pouvant l'entreprendre ici, nous allons exposer tout de suite nos recherches personnelles.

Lacération ou déchirure du col.

La déchirure du col, avec ectropion de la muqueuse intra-cervicale, est fréquente ; il est rare toutefois de l'observer dans son état de pureté, parce qu'à peu près toujours, elle est compliquée d'un état inflammatoire plus ou moins intense. Cette lésion idéale a été décrite par **Ruge** et **Veit** comme type de *l'érosion simple*, et leurs idées ont été adoptées depuis par beaucoup d'auteurs.

Macroscopiquement, la lésion est caractérisée par une surface rouge, légèrement luisante, circonscrivant l'orifice du col, de forme annulaire, ou plutôt ovalaire, se développant sur les lèvres antérieure et postérieure plutôt que sur les parties latérales. La lésion varie, du reste, suivant que la déchirure est unique ou double, superficielle ou très profonde.

Au microscope, on retrouve sur la partie rouge, éversée, la structure de la muqueuse interne du col, avec son épithélium cylindrique et ses glandes en grappe.

Mécanisme de l'éversion. — Cette éversion n'est pas, comme le prétend Emmet, le résultat d'une cellulite qui agit en dédoublant le col ; elle relève, d'après nos études, de l'action du fais-

ceau musculaire ansiforme (1), dont les branches antérieure et postérieure ne sont plus contre-balancées par l'action du sphincter. L'influence de l'action musculaire, cause principale, selon nous, des déchirures latérales ou bilatérales, explique également pourquoi les déchirures antérieures et postérieures — rares — se cicatrisent facilement et sans entraîner de déformation. La raison en est évidente et se trouve dans la disposition même des éléments musculaires.

Le col utérin peut, en effet, être envisagé comme un sphincter résistant et étendu avec deux zones de renforcement correspondant à ses deux orifices, externe et interne, surtout à ce dernier (2). Dans sa contexture générale, le col semble uniforme dans toute son étendue ; mais il n'en est pas ainsi : ses parties latérales sont, en réalité, beaucoup plus faibles que ses parties antérieure et postérieure ; celles-ci contiennent les colonnes musculaires du faisceau ansiforme (3), tandis que, sur les côtés, est le confluent principal des éléments vasculaires. On peut constater cette différence d'épaisseur si, après avoir largement dilaté le col, on saisit entre les doigts alternativement et si on compare, comme nous l'avons fait souvent, les unes et les autres de ces régions.

Etant ainsi donnée la disposition anatomique des parties, on comprendra facilement quelles en doivent être les conséquences. Celles-ci sont :

En premier lieu, le traumatisme du col, favorisé sans nul doute par le passage de la tête fœtale au moment de l'accouchement ;

En second lieu, la déformation du museau de tanche, comme résultat nécessaire de la perte d'équilibre entre l'action du muscle ansiforme de Hélie et celle du sphincter, par destruction de ce dernier ;

En troisième lieu, la persistance de la déformation ; en effet, le rapprochement des surfaces déchirées est empêché par l'action

(1) C'est le faisceau musculaire longitudinal décrit par Hélie, qui contourne l'utérus, en s'étendant sur ses deux faces, de la lèvre antérieure à la lèvre postérieure du col.

(2) Le sphincter de l'orifice externe n'existe pas, d'après les descriptions anatomiques récentes. (Dol.)

(3) La disposition du faisceau ansiforme diffère sur les deux lèvres du col. Il est très affaibli ou manque totalement sur la lèvre postérieure du museau de tanche. (Dol.)

des colonnes antérieure et postérieure dont les fibres musculaires longitudinales tendent, au contraire, à exagérer l'écartement des lèvres ;

Enfin, l'influence musculaire explique aussi bien la facilité avec laquelle se cicatrisent les déchirures antérieures et postérieures, par ce seul fait que, le sphincter étant détruit, nulle force ne vient s'opposer au rapprochement des surfaces. Cette facilité de cicatrisation est reconnue par Emmet ; mais il l'attribue à ce que le tissu cellulaire du bassin n'est pas intéressé et à ce que le repos de la période puerpérale permet l'affrontement des surfaces cruentées qui se maintiennent exactement appliquées, grâce à la pression des parois latérales du vagin.

Evolution de la Déchirure. — Cicatrices latérales. — Ectropion médian.

L'*ectropion* consécutif à la *déchirure simple* (*aseptique*), est, nous le répétons, rare ; presque toujours, vient s'adjoindre au processus tout mécanique de l'ectropion, un élément *inflammatoire*, lorsque font défaut les précautions antiseptiques.

Dans ces conditions, les lésions subissent des modifications profondes.

C'est alors qu'on voit se produire ces divers aspects dénommés *érosion*, *ulcération*, *érosion papillaire ou folliculaire*, *cicatrice vicieuse du col*, qui ne sont que des degrés différents d'un même processus méritant une description séparée.

Quand l'inflammation s'est emparée des surfaces cruentées latérales résultant d'une déchirure du col, l'examen au spéculum révèle la présence d'une plaie angulaire plus ou moins étendue. Sur cette surface, il n'y a naturellement pas de revêtement épithélial, mais de simples bourgeons charnus. Peu à peu, l'épithélium pavimenteux cervico-vaginal d'un côté, l'épithélium cylindrique intra-cervical de l'autre, gagnent du terrain sur la plaie, jusqu'à la recouvrir complètement. Ordinairement, le premier, plus vivace, empiète sur l'épithélium cylindrique qui, hors de son milieu alcalin naturel, se développe et prolifère moins rapidement.

Le tissu embryonnaire des bourgeons charnus s'organise, le tissu musculaire s'infiltre et le tout forme une cicatrice plus ou moins épaisse et résistante, suivant la durée de la cicatrisation et des traitements employés. Dans certains cas, les glandules de la muqueuse interne du col sont emprisonnées ; on voit leurs orifices partiellement occupés ou même oblitérés par l'épithélium pavimenteux, leurs conduits excréteurs entourés d'un tissu fibreux qui les étrangle.

On comprend donc qu'on puisse rencontrer des glandes dilatées, kystiques, dans l'angle du col correspondant à la déchirure, comme nous avons pu le constater souvent dans notre pratique.

Quant à la partie médiane, herniée, de la muqueuse interne (*ectropion*), elle conserve son aspect normal tant qu'elle n'est pas intéressée par l'inflammation voisine ou modifiée par le traitement.

Les phénomènes inflammatoires peuvent être ou très légers ou intenses. Dans le premier cas, les lésions sont peu apparentes et consistent en de simples modifications de la structure de l'épithélium. Les cellules épithéliales augmentent de nombre, se rétrécissent et s'allongent considérablement ; leur disposition en palissade s'accentue et devient plus évidente qu'à l'état normal. Le noyau de la cellule paraît plus gros, ovoïde et fixe. Ces modifications s'étendent plus ou moins profondément dans les glandules, selon l'intensité du processus inflammatoire.

Quelquefois, les cellules sont plus grandes qu'à l'état normal et présentent l'aspect caliciforme. Dans aucun cas il n'y a de cils vibratiles comme dans les glandules du corps de l'utérus.

En certains points, les cellules cylindriques s'accumulent en deux ou trois couches superposées, circonstance intéressante à connaître pour prévenir l'erreur qui ferait croire à des îlots d'épithélium pavimenteux au milieu de parties recouvertes d'épithélium cylindrique ; mais les cellules n'adhèrent pas entre elles, ne sont pas aplaties et, d'autre part, se colorent uniformément en rouge par le picro-carmin. Ce sont, en somme, des cadavres de cellules retenues sans doute par la viscosité du mucus.

Le mucus, en effet, subit de notables modifications. Il devient plus épais, plus visqueux, souvent trouble, et contient de nombreux débris cellulaires. Souvent on y rencontre des fila-

ments très denses en forme de faisceaux se colorant fortement en rouge par le picro-carmin et formant même parfois des masses assez volumineuses.

Le stroma ou *derme muqueux*, est naturellement intéressé dans le processus inflammatoire et s'infiltre plus ou moins de cellules rondes : la muqueuse augmente ainsi de volume et, comme les parties profondes conservent les mêmes rapports, elle est obligée de se plisser. On constate alors, sur une coupe transversale, un aspect pseudo-papillaire avec papilles très peu saillantes ; mais un examen minutieux fait parfaitement reconnaître qu'on est en présence non de papilles, mais de replis de la muqueuse.

Le *tissu musculaire sous-jacent* à la muqueuse participe presque toujours à l'inflammation, réalisant la loi de Stokes, d'après laquelle les fibres musculaires, sous-jacentes à une muqueuse enflammée, s'enflamment. Là, ces fibres étant circulaires, le sphincter se relâche davantage ; les fibres longitudinales du faisceau ansiforme, ne trouvant pas de contre-poids, attirent excentriquement les lèvres antérieure et postérieure, et l'ectropion augmente.

Erosion vraie.

L'inflammation peut être assez intense pour provoquer la destruction du revêtement épithélial pavimenteux ou cylindrique sur une étendue plus ou moins considérable. Il se produit alors une érosion simple ou *vraie* facilement reconnaissable à simple vue, par sa différence d'aspect d'avec la muqueuse saine et aussi par la nature des sécrétions qui contiennent plus ou moins de globules de pus. L'examen microscopique de cette lésion, sur le vivant, n'a pas été fait, que nous sachions ; et cela se comprend en raison du danger que comporterait l'amputation d'un col insuffisamment aseptisé : pour nous, nous avons toujours reculé devant pareille responsabilité. Quand le gynécologue se décide à opérer, c'est après avoir préparé la malade au moyen d'une antisepsie convenable ; or tous les chirurgiens savent avec quelle rapidité

se réparent les lésions épithéliales simples dans un milieu aseptique. Il en résulte qu'au moment de l'opération on trouve l'érosion en voie de réparation et l'épithélium reformé presque partout. Cependant, en multipliant les coupes, on trouve parfois des points où il manque, des plaques d'épithélium pavimenteux et cylindrique. Ces lésions, parfaitement visibles sur le cadavre, si on prend la précaution de faire, aussitôt après la mort, une injection vaginale conservatrice, ont été attribuées par Ruge et Veit, à des altérations cadavériques. Fischel a démontré que l'érosion simple, avec chute épithéliale, existe, et il en a donné une excellente description.

A la chute de l'épithélium cylindrique, succède, lorsque l'inflammation s'éteint, un travail de réparation plus ou moins rapide, analogue à celui qui se produit dans les cas de déchirure du col. L'épithélium pavimenteux gagne peu à peu, remplaçant l'épithélium cylindrique, recouvrant ainsi la surface érodée, de la périphérie au centre, emprisonnant les glandules dans un tissu cicatriciel ou déterminant l'atrésie de leurs orifices et la rétention consécutive du mucus. Tel est le processus ultime.

Pendant longtemps, l'épithélium cylindrique se reforme sur place, grâce à la résistance que la couche profonde de la muqueuse oppose à la destruction ; quand cette couche disparaît, le travail de cicatrisation s'opère encore partiellement aux dépens de l'épithélium pavimenteux qui s'étend de la périphérie de l'érosion par-dessus l'orifice des glandes ; cet épithélium forme comme des greffes épidermiques au milieu de la surface érodée.

Comme on voit, nous sommes loin des idées de Ruge et Veit, idées que nous rejetons absolument en ce qui concerne leurs théories de 1° l'extension de la couche cylindrique qui viendrait se substituer à la couche pavimenteuse caduque, — et 2° de la néoformation glandulaire.

La première de ces théories a été émise pour expliquer les ectropions considérables qu'on observe en certains cas, comme dans un de ceux que relatent les auteurs, dans lequel presque toute la surface visible du col était recouverte d'épithélium cylindrique.

Or, dans ces cas, il s'agit de déchirures profondes et d'une

éversion très prononcée due à l'action énergique des fibres longitudinales. La preuve en est fournie par l'examen direct des parties : qu'on pratique le toucher, en effet, et l'on trouvera les lèvres du col, retournées, renversées, offrant un rebord, qu'on nous passe la comparaison, semblable à celui d'un *vase de nuit*. Si, en outre, on recourt à l'artifice conseillé par Emmet pour reconnaître les lacérations du col, c'est-à-dire si l'on saisit chaque lèvre avec un ténaculum et qu'on les rapproche, on voit, non sans une certaine surprise, disparaître cette surface rouge et granuleuse : *l'érosion* de Ruge et Veit —, *l'ulcération* des anciens —, qui ne sont, en somme, autre chose que la muqueuse interne du col herniée, *l'ectropion*.

Cette première théorie allemande s'appuie, en outre, sur un fait qu'on ne peut admettre sans conteste : c'est celui de la prétendue indifférence de la couche basale de la muqueuse qui pourrait, au dire de Ruge et Veit, produire indistinctement de l'épithélium pavimenteux et de l'épithélium cylindrique. Cette indifférence de la couche profonde et sa continuité avec la couche de Malpighi n'est qu'une conception de l'esprit. Les deux épithéliums procèdent de deux feuillets distincts du blastoderme et, comme par leur origine, ils sont essentiellement distincts par leur structure. Ainsi, au microscope, on voit l'épithélium pavimenteux avec ses couches de cellules stratifiées, s'arrêter brusquement — et apparaître immédiatement la couche unique d'épithélium cylindrique : le point d'union est marqué par une ligne parfaitement appréciable, à l'état normal, au toucher et à la vue, et se présente sous la forme d'un anneau légèrement en relief sur le reste de la muqueuse.

Les papilles s'arrêtent également à la ligne de démarcation des deux épithéliums et ne se rencontrent plus au-dessous du revêtement cylindrique. Procédant ainsi d'origine différente et présentant des propriétés et une structure distinctes, il n'est pas possible d'admettre que ces deux épithéliums puissent subir des transformations sur place et se remplacer, à moins qu'il n'y ait une destruction préalable de l'un ou de l'autre accompagnée de celle de la couche basale profonde.

Néoformations glandulaires.

Quant à la seconde théorie, celle de la néoformation glandulaire, elle est la conséquence naturelle de la précédente. N'admettant pas l'éversion considérable de la muqueuse intra-cervicale, Ruge et Veit étaient obligés d'expliquer d'une manière quelconque la présence des glandes en des points qui n'en contiennent pas naturellement et souvent très éloignés du conduit cervical. Ils imaginèrent alors la théorie en question, théorie ingénieuse, mais qui, selon nous, ne repose pas sur des bases bien solides.

On peut accepter, dès lors, que les descriptions et les figures que donnent les auteurs, semblent se rapporter plutôt à des formes d'épithélioma au début qu'à un processus inflammatoire. Nous avons tenté, mais toujours en vain, de surprendre, sur de nombreuses pièces prises sur le vivant, cette néoformation glandulaire, de voir les bourgeons épithéliaux pleins s'enfoncer au-dessous de la muqueuse et se creuser. Nous avons vu, à la vérité, dans certaines préparations, deux ou trois tubes partant de l'épithélium cylindrique ou pavimenteux, se terminant par un cul-de-sac plein de cellules épithéliales, et cette disposition eût pu sembler à quelqu'un peu familiarisé avec ces études, conforme aux figures de Ruge et Veit ; mais il n'était pas difficile de reconnaître qu'il s'agissait d'un tube glandulaire coupé obliquement. Dans la partie supérieure, les cellules cylindriques se montraient de profil, laissant entre elles un espace vide, la lumière de la glande ; dans la partie inférieure, les cellules de l'une des parois étaient coupées transversalement par le microtome et se présentaient sous la forme de cellules polyédriques adossées les unes aux autres. En supposant, pour un instant, que Ruge et Veit considèrent, en effet, comme un fait presque démontré que l'érosion, telle qu'ils la décrivent, est un premier degré du carcinome, il ne faut pas oublier que cette idée est admise par certains auteurs, Cushing entre autres.

Mais cette question des origines du cancer est encore complètement à étudier et ne doit pas être considérée comme tranchée.

Que l'inflammation chronique du col soit une cause prédisposante du carcinome, qu'elle ouvre la porte à l'agent infectieux, nous l'admettons ; mais qu'elle soit le premier degré de l'affection maligne, non, parce que tout s'oppose à l'acceptation d'une pareille idée. S'il en était ainsi, comment expliquer la rareté relative du cancer, étant donnée la fréquence des inflammations chroniques du col ? Comment expliquer l'évolution de la maladie, rapidement mortelle dans certains cas, et l'état stationnaire des lésions à leur état primitif, dans la majorité des cas ? Comment expliquer qu'on ne signale pas, dans certains cas, de catarrhe du col, d'endométrite cervicale, dans les années qui précèdent l'invasion du cancer ?

Mais il y a une autre objection : si les glandes en litige procédaient de bourgeons épithéliaux, par conséquent d'une sorte de replis de la muqueuse, on retrouverait, au pourtour de ces glandes, la structure du stroma muqueux ; or, il n'en est pas ainsi. Les glandes sont en tout semblables à celles du col, logées comme elles dans le tissu conjonctif sous-muqueux et même dans le tissu musculaire. Dans l'hypothèse de l'invagination de la muqueuse, son épithélium conserverait la structure de l'épithélium de l'intérieur du col et ne se convertirait pas en cellules caliciformes : en effet, les glandes du corps, qui se forment de cette manière, conservent l'épithélium à cils vibratiles de la muqueuse. Un fait permettrait de reconnaître si véritablement il s'agit d'un processus de néoformation maligne ; c'est la gangue lymphatique des glandes, sous forme d'une ligne de petites cellules fusiformes adossées à la glande et dont l'absence révèlerait une affection maligne. Or, dans les figures de Ruge et Veit, ces cellules ne sont pas indiquées.

Quant aux formes papillaires et folliculaires, nous les avons souvent rencontrées, et elles correspondent exactement aux dessins de Schroeder et aux figures de Ruge et Veit. Notre interprétation diffère cependant de celle de ces auteurs et de celle de Fischel.

Pour Ruge et Veit, il ne s'agit pas, comme nous l'avons vu, dans la majorité des cas, de véritables papilles, mais d'un aspect papillaire dû à une fausse interprétation des lésions observées. D'après eux, ce sont les glandes placées de loin en loin et sépa-

récs par du tissu conjonctif, qui donnent à la coupe l'aspect papillaire.

C'est là une opinion facile à réfuter. Comme l'a démontré Fischel, il ne s'agit pas de glandes ; en effet, en pratiquant une coupe perpendiculaire aux glandes, ou aux papilles, on obtiendrait, en cas de glandes, un stroma conjonctif au milieu duquel apparaîtraient les orifices glandulaires ; au contraire, en cas de papilles, ce seraient des îlots de tissu conjonctif entourés par de l'épithélium.

Hé bien, c'est ce dernier aspect qu'on rencontre dans tous les cas où l'aspect papillaire est un peu prononcé.

On doit donc conclure que la papille existe.

Mais quelle est la constitution de cette papille ? Dans certains cas, les vaisseaux existent en nombre assez considérable ; le tissu conjonctif est lâche et ordinairement infiltré de cellules rondes en quantité variable, selon l'intensité de l'inflammation et aussi selon la nature du terrain.

Dans certains cas encore, on trouve la structure exacte du bourgeon charnu revêtu d'épithélium.

L'érosion avec chute épithéliale, rare, nous ne le nions pas, peut exister sous ces formes, particulièrement si on a institué un traitement par les caustiques.

Au point de vue pathogénique, on s'explique la formation papillaire par un plissement de la muqueuse interne du col éversée, épaissie et infiltrée. Chaque repli, en cas de processus irritatif et prolifératif interne, devient le point de départ d'une pseudo-papille, laquelle acquiert un développement plus ou moins considérable.

On voit donc que, pour nous, elles reconnaissent une origine bien distincte de celle que leur assignaient les auteurs qui croyaient au développement de vraies papilles provenant de la muqueuse à épithélium pavimenteux du col.

Au microscope, on reconnaît facilement qu'il s'agit d'un repli de la muqueuse et non du conduit d'une glande, rien que par la structure de l'épithélium et par la coloration qu'il prend par le picro-carmin ; on peut constater sa parfaite ressemblance avec celui de l'intérieur du col et sa différence d'avec celui de la glande. Le fait devient de toute évidence, quand une glande

vient à s'ouvrir au fond de ces replis, entre deux pseudo-papilles.

Enfin, la ligne de démarcation des deux variétés d'épithélium est encore un argument de valeur contre la théorie de la néoformation glandulaire soutenue par Ruge et Veit.

Erosion folliculaire. — Dégénérescence kystique. Acné du col.

L'étude des états morbides décrits sous ces noms constitue une des questions les plus importantes de la gynécologie, tant à cause de leur fréquence que de leur ténacité. La pathogénie démontre deux faits de grande importance : le développement lent de l'affection par un processus de cicatrisation, et l'impuissance de tout traitement qui n'est pas basé sur la destruction au moyen du bistouri, du fer rouge ou des caustiques très énergiques.

Pour Ruge et Veit, Schroeder, etc., l'érosion folliculaire ne diffère de l'érosion simple (que nous appelons ectropion) que par la présence de glandes kystiques, plus ou moins nombreuses, provenant des néoformations glandulaires.

L'opinion des anciens auteurs, Nonat, Ossian, Bonnet, etc., qui admettaient, dans les cas d'érosion folliculaire, la préexistence de glandes kystiques, était certainement plus près de la vérité. Ce qui manquait à ces auteurs, c'était de se rendre compte de la présence des glandes dans des points éloignés de l'orifice du col.

En admettant un ectropion préexistant, une hernie de la muqueuse intra-cervicale, l'explication de ces faits devient simple et la pathogénie se délivre des théories embrouillées de transformations des épithéliums et de néoformations glandulaires.

Un fait qui prouve de la manière la plus évidente le rôle important qui doit être assigné à l'ectropion, c'est qu'il n'est jamais donné de rencontrer, chez les nullipares, des lésions glandulaires en des points très éloignés de l'orifice du col. Chez la nullipare, en effet, les lésions, quelle que soit leur ancienneté, sont limitées à une zone de quelques millimètres. Si l'on admet la théorie de Ruge et Veit, il n'y a pas de raison pour que les lésions ne soient pas aussi étendues dans l'endométrite de la

vierge ou de la nullipare, que dans celle de la malade qui a subi un gros traumatisme cervical.

Quand on examine un col et qu'on le trouve plein de kystes, il est très ordinaire de constater, en même temps, qu'il a subi une déchirure considérable, ce qui se voit, soit par son raccourcissement, soit par l'éversion de ses lèvres.

L'érosion folliculaire, telle que la décrivent les auteurs allemands n'est autre chose, pour nous, que le résultat d'un processus inflammatoire chronique qui s'étend aux parois des glandes de la muqueuse interne éversée.

Nous avons déjà vu comment se produit l'obturation ou l'atrésie des conduits excréteurs des glandes emprisonnées dans la cicatrice du col ; ici la marche des lésions est la même. Dans l'épaisseur de la muqueuse et dans les tissus sous-jacents, existe une infiltration plus ou moins considérable de cellules embryonnaires dont l'organisation ultime aboutit à la formation d'un tissu conjonctif rétractile véritable *tissu cicatriciel.*

Les glandes, ne pouvant dès lors s'évacuer, se dilatent et forment des kystes de volume variable dans la cavité desquels se trouve presque toujours un revêtement épithélial continu : ce n'est que dans ceux qui ont subi la transformation purulente que manque ce revêtement.

Les kystes peuvent rester profondément situés ou se pédiculiser. D'aucunes fois, au lieu d'acquérir un développement considérable, une distension exagérée, ils peuvent se rompre et se vider. Sous l'influence de l'action musculaire, ils sont, pour ainsi dire, repoussés à l'extérieur et viennent se montrer à la surface du col, sous formes de petites taches rouge-jaunâtres. Ainsi est constituée la variété d'ulcération folliculaire correspondant aux descriptions d'acné du col, de certains auteurs, d'érosions herpétiques de certains autres. L'intérieur de l'utricule, qui vient ainsi se montrer, est tapissé d'épithélium cylindrique caliciforme qui ne manque, comme nous l'avons dit,qu'en cas de transformation purulente (*érosion secondaire*).

Quand la glande s'ouvre sur l'épithélium pavimenteux, le microscope permet de distinguer facilement sur une coupe, l'existence d'un îlot d'épithélium cylindrique en relief sur le revêtement pavimenteux ; mais si, au contraire, elle s'ouvre en plein

épithélium cylindrique, la différence des deux épithéliums est alors très difficile à établir. Malgré nos recherches réitérées, nous n'avons pu constater effectivement cette dernière lésion, lésion que nous avons admise plutôt par analogie avec celle que, d'une manière certaine et maintes fois, nous avons retrouvée au milieu de l'épithélium pavimenteux.

D'autre part, rien n'est plus facile que de produire artificiellement la lésion ; il n'y a qu'à ouvrir ou réséquer avec le bistouri ou les ciseaux la paroi superficielle des kystes saillants. On voit alors bien vite apparaître l'épithélium cylindrique de la glande sous forme d'une petite tache rouge qui persiste jusqu'à ce que, sous l'influence de l'inflammation ou d'un caustique, disparaisse cette couche d'épithélium cylindrique que vient remplacer l'épithélium pavimenteux, effaçant les derniers vestiges de la glande. Comme on le voit, il y a là un processus de guérison.

Nous sommes allé un peu vite et nous aurions dû, avant d'en arriver là, expliquer comment nous comprenions l'inclusion des glandes kystiques sous l'épithélium pavimenteux, ou rappeler, pour mieux dire, le mode de formation de ces kystes, puisque nous avons déjà esquissé leur pathogénie en nous occupant de la cicatrisation de l'érosion simple.

Inclusions glandulaires. — Sous l'influence d'un traitement irritant, ou d'une inflammation vive, l'épithélium de la muqueuse intra-cervicale éversée tombe et il est remplacé peu à peu par l'épithélium pavimenteux, plus vivace que l'épithélium cylindrique, dans le milieu acide du vagin. Les glandes, les papilles quelquefois, sont recouvertes d'une couche d'épithélium plat qui obture ou étrangle leur orifice ou passe comme un pont, d'une papille sur l'autre (ectropion cicatriciel). Les cavités closes ainsi formées, se remplissent de mucus et deviennent kystiques ; quelquefois il persiste un orifice intermittent ou très étroit, qui ne permet que difficilement ou temporairement l'issue du mucus.

Dans quelques cas, on voit l'épithélium vaginal pénétrer assez profondément entre deux papilles ou dans l'orifice d'une glande ; mais, au fond, on trouve toujours quelques cellules cylindriques qui sécrètent et déterminent la distension de ces culs-de-sacs ou de ces cavités closes.

Kystes profonds. — Les glandes distendues s'enfoncent dans

le tissu musculaire, si profondément parfois, qu'elles vont jusqu'à 1 cm. ou 1 cm. 1/2 de la surface du col. On comprend sans peine combien il est difficile de guérir de telles lésions en dehors des moyens qui déterminent leur destruction ou leur élimination; on comprend de même l'impossibilité, par des cautérisations superficielles, des grattages et des scarifications légères, d'atteindre les culs-de-sac glandulaires situés à une telle profondeur et de détruire même tout l'épithélium cylindrique.

Ces lésions, à la vérité, ne sont pas toujours aussi profondes, et alors elles peuvent céder à des cautérisations légères répétées pendant plusieurs mois : c'est ce qui explique les résultats obtenus par Schroeder au moyen de l'acide pyroligneux qu'il mentionne dans son traité.

La coupe d'un col, traité de cette façon, démontre que, pour que la guérison s'obtienne, il faut que tout vestige d'épithélium cylindrique disparaisse, non seulement de la muqueuse superficielle, mais aussi des glandes ou des papilles, et qu'il soit partout remplacé par l'épithélium pavimenteux.

Dans beaucoup de cas, il est possible de suivre la marche progressive du processus cicatriciel, et de constater ce double fait : que l'épithélium pavimenteux envahit de la périphérie au centre et qu'il provient toujours de la portion vaginale du col. Sur ce point non plus, nous ne saurions admettre en aucune façon certaines idées de Ch. Ruge, qui accepte que quand apparaît le processus curatif, l'épithélium pavimenteux se forme sur place, dans la profondeur des glandes comme à la surface de l'érosion ; les glandes se rempliraient et seraient remplacées par des travées épithéliales. L'erreur repose, là encore, sur le principe si énergiquement défendu par Ruge et Veit, de l'indifférence du stroma muqueux capable de produire un jour de l'épithélium plat et, le lendemain, de l'épithélium cylindrique.

Dans les cas où les glandes incluses sont situées peu profondément, ou lorsque les zones épithéliales formées ne sont pas très étendues, on peut voir comment les masses épithéliales sont peu à peu repoussées vers la périphérie, sous l'influence de l'action du tissu musculaire qui en détermine l'énucléation, comme elle fait de certains kystes. Ces espèces de papilles épithéliales s'aplatissent et disparaissent plus ou moins complètement.

Hofmeier cite un autre mode de guérison partielle : les glandes sont comme étouffées par les tissus ambiants, et vont en se rétrécissant peu à peu, jusqu'à disparaître.

Ce mode de guérison s'observe surtout dans les cas de *sclérose* du col où le tissu fibreux comprime les glandes. Dans les formes scléreuses de l'endométrite du corps, le processus est le même : on voit ici la lumière des glandes complètement obstruée, ailleurs elles ont disparu et on ne trouve plus qu'un tissu fibreux dense.

Chez les femmes âgées, ou dans la sclérose syphilitique, on voit ainsi disparaître des lésions parenchymateuses souvent considérables. Quand les glandes ne disparaissent pas en totalité, les sécrétions peuvent continuer, mais si peu abondantes que les glandes, malgré l'étroitesse ou l'obturation de leur orifice, ne se dilatent plus. Il s'établit ainsi un état qui peut durer indéfiniment, à moins qu'une excitation ne vienne réveiller leur activité et faire reproduire les dilatations kystiques.

Pour résumer ce qui précède, nous dirons que, dans notre sentiment, la meilleure manière de comprendre les maladies du col de l'utérus, consiste, ou doit consister, à suivre attentivement la marche de leur pathogénie.

Le traumatisme obstétrical, naturel et artificiel, ouvre habituellement la porte d'entrée aux agents pathogènes de l'inflammation.

L'inflammation empêche la réparation spontanée des lésions.

La nature des tissus, le siège profond et la qualité des acini glandulaires assurent la persistance des altérations.

Les altérations de forme reconnaissent pour cause le traumatisme uni-latéral ou bilatéral du col ou les contractions musculaires des bandes ansiformes de l'utérus. L'état nerveux et les congestions répétées entretiennent et augmentent les déformations.

Comme résultat de notre étude, basée sur plus de cent cas cliniques et l'examen d'une soixantaine de pièces anatomiques fraîches provenant d'opérations pratiquées sur la région cervicale de l'utérus, nous nous croyons autorisé à établir les déductions pratiques suivantes :

1° Un état général défectueux crée, dans les muqueuses géni-

tales de la femme, vierge ou non, une prédispositon réelle aux inflammations, soit en entretenant les congestions passives, soit en favorisant l'excès des sécrétions. C'est là ce qu'on appelle communément le *catarrhe simple.*

Dans ce catarrhe, qui n'est qu'un trouble physiologique, l'inflammation n'existe pas *a priori.*

2° L'inflammation du col utérin succède à l'introduction d'agents pathogènes et à leur contact. Le traumatisme opératoire ou obstétrical, les inflammations du vagin, etc., ouvrent la voie à ces agents.

3° Le traumatisme aseptique du col se répare normalement, sans laisser de traces, qu'il s'agisse d'érosion traumatique simple, ou de déchirure des tissus.

4° Le traumatisme septique ne se répare pas ; il donne lieu à la déformation persistante, avec inflammations, cicatrices vicieuses et douloureuses, périmétrite à *répétition*, etc.

5° Les érosions, relativement à leur marche, se divisent en primitives et secondaires.

Les *primitives* constituent l'effet immédiat de la cause pathogénique : effraction du col avec inflammation septique, chez la femme qui a accouché ; inflammation récente propagée, chez la vierge ou la nullipare.

Les *secondaires* sont les érosions qui réapparaissent sur un terrain déjà malade, c'est-à-dire sur la partie primitivement ectropionnée et cicatrisée du col.

Leur existence met hors de discussion le processus par lequel se fait l'extension de la surface érodée.

En effet, lorsque apparaît de nouveau l'érosion sur une surface lisse et recouverte d'épithélium pavimenteux (en réalité sur la cicatrice épithéliale), il semble que la perte de substance envahit des régions qui n'appartiennent pas à la muqueuse interne du col, au point qu'on serait tenté de croire à une ulcération réelle des tissus sains, alors qu'il s'agit seulement de la reproduction de l'ancienne érosion sur un tissu antérieurement malade et cicatrisé.

6° La cicatrisation de l'ectropion cervical avec érosion n'est avantageuse qu'à condition d'être définitive. Or la cicatrisation ne peut être définitive que s'il ne reste aucun élément morbide

sous la couche de vernis cicatriciel qui se forme. S'il n'en est pas ainsi, la cicatrisation ne fait que cacher la lésion, de sorte que la maladie n'est point guérie, mais persiste sous une autre forme. *L'ennemi reste enfermé dans la place* et le col s'altère par le fait des racines inflammatoires chroniques qui intéressent le stroma musculaire ; si, par contre, la lésion était restée sans se cicatriser, il n'y aurait là qu'une sorte d'exutoire sécrétant, de cautère permanent, qui n'entraînerait pas les conséquences habituelles de l'inflammation chronique.

7° En conséquence, le traitement doit viser :

1° l'érosion simple ;

2° l'érosion secondaire ;

3° les cols non érodés, mais anciennement malades et sur lesquels s'est effectué déjà le travail de cicatrisation.

8° Les cautérisations présentent l'inconvénient de favoriser et de hâter la cicatrisation superficielle des orifices glandulaires et des espaces situés entre ces orifices. Il vaut mieux un traitement antiseptique anodin qui laisse le champ libre à la réparation spontanée; les tampons de glycérine rendue antiseptique par l'iodoforme ou toute autre substance, les injections, etc.

9° Le cautère actuel guérit plus sûrement, parce qu'il détruit tout ; mais, outre qu'il est dangereux, il offre le grave inconvénient d'enlever presque à coup sûr à la malade, par l'atrésie consécutive, toute aptitude à la fécondation.

10° Les érosions secondaires, de même que les cols volumineux déformés, cicatriciels, hypertrophiés, etc., avec dégénérescence kystique des glandes, ne sont susceptibles de guérison que par les moyens chirurgicaux, plastiques ou mixtes, c'est-à-dire par les moyens qui impliquent l'ablation de la partie malade et la restauration de la forme.

NOVEMBRE 1888

(*Nouvelles Archives d'Obstétrique et de Gynécologie.*)

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES SUR LA MÉTRITE DU COL

a. Combinaison de l'inflammation et du traumatisme pour produire la lésion communément appelée ulcération ou érosion.

b. Évolution de la lésion traumatique.

c. Importance de l'élément inflammatoire au point de vue thérapeutique.

Dans un journal de médecine générale (1), j'ai lu récemment un article d'un de nos collaborateurs, M. le Dr Bouilly, intitulé « *Déchirure et ulcération du col de l'utérus.* »

Dans cet article très clairement et très simplement écrit, l'auteur expose, avec une méthode parfaite, les idées qui ont actuellement cours dans la plupart des écoles gynécologiques étrangères, mais malheureusement méconnues ou très négligées en France dans la pratique courante. — J'ai aussi, à différentes reprises, dans ce journal et dans d'autres périodiques, dans des sociétés savantes (2), dans des congrès gynécologiques (3), mis en relief, quelques points nouveaux, sur les traumatismes du col et sur la métrite cervicale ; mais, sauf mes conférences publiques de 1887 sur l'inflammation des organes génitaux de la femme, encore inédites, je n'ai point publié d'étude complète de cette question. — Je saisis donc cette occasion pour entamer aujourd'hui une série de publications qui, je l'espère, seront de quelque utilité pour les lecteurs de ce journal.

(1) *Semaine médicale*, n° 36, 5 septembre 1888, page 345.

(2) Société de médecine de Paris. Société obstétricale.

(3) Congrès de Washington (1887). Congrès gynécologique de Madrid, mai 1888.

Les études sur les maladies du col utérin sont restées dans notre pays à l'état primitif. Pour bien des médecins elles rentrent dans ce cadre vague et confus de la *métrite*, où viennent se mélanger les lésions de tout ordre ayant leur siège dans l'appareil génital, sans distinction de tissu, de région anatomique, souvent même sans distinction précise d'organe.

Le col de l'utérus a une structure propre ; il a des fonctions, un rôle appropriés à sa structure. Dès 1846, Négrier, d'Angers, dans son mémoire : « *Recherches et considérations sur la constitution et les fonctions du col de l'utérus, etc., etc.* », s'est efforcé d'établir cette individualité physiologique et pathologique du col utérin.

Forget « *Étude descriptive et philosophique du col de la matrice* » reprend cette idée en 1849.

L'on voit la même tendance dans les écrits de Bennet et de Scanzoni.

Ces travaux sont imparfaits ; bien des erreurs s'y rencontrent ; les points obscurs et les inconnues n'y manquent point ; toutefois la note vraie y est mise en relief, étant données les connaissances du moment.

L'anatomie microscopique et le perfectionnement du diagnostic par les moyens nouveaux d'investigation ont marqué une étape de progrès.

Avec les écoles américaine et allemande, M. Bouilly, sans s'égarer dans les subtilités histologiques, dessine un tableau très clinique, je dirai même, très pratique des altérations du col utérin. Il ne m'en voudra pas, je pense, si, au lieu de découper son mémoire ou d'en traduire les conclusions, je le reproduis *in extenso* ; — il servira d'ailleurs parfaitement de base à ma dissertation ultérieure.

Déchirure et ulcération du col de l'utérus,

Par Bouilly.

« A l'heure actuelle, il n'existe guère de traités de pathologie ou de gynécologie dans lesquels on ne puisse trouver un chapitre ou au moins un paragraphe spécial portant en tête : *ulcérations*

de l'utérus. Sous ce titre, qui ferait croire que *l'ulcération* constitue une affection spéciale, on trouve décrites et différenciées les diverses pertes de substances dont le col utérin peut se trouver plus ou moins profondément érodé, depuis la simple desquamation épithéliale jusqu'aux formes térébrantes de l'épithélioma et du carcinome. Le mot a fait fortune dans le public et, chose plus fâcheuse, l'idée de lésion spéciale s'attachant à la présence de l'ulcération, a créé une thérapeutique variée ne s'adressant qu'à cette dernière lésion sans tenir compte des conditions particulières qui l'ont produite et qui l'entretiennent.

« Dans ces dernières années cependant, la plupart des gynécologistes, mieux inspirés, ont rattaché la présence de l'ulcération à la métrite concomitante ; en même temps que cette ulcération, ils ont décrit l'état du col qui la supporte, et on a multiplié les adjectifs et les comparaisons pour traduire l'aspect du col utérin dans la métrite, avec ou sans ulcération. C'est ainsi qu'à chaque instant on voit revenir les expressions de col *gros*, col *étalé*, col en *groin de porc*, col en *museau de tapir*, col *conique* à base inférieure ; de même on lit que, dans la métrite, l'orifice du museau de tanche est agrandi, qu'il est radié, qu'il est entr'ouvert, saignant, etc. De même, l'ulcération est dite papillaire, folliculaire, bourgeonnante, présentant des boutons d'acné, intacts ou ulcérés, etc. Toutes ces expressions sont bonnes et répondent à des variétés d'aspect connues et fréquentes. Mais à mon avis et pour la plus fâcheuse confusion des choses, le lien qui rattache entre eux ces divers états est méconnu ou ignoré, et la thérapeutique erre un peu à l'aventure, faute d'une bonne idée sur la pathogénie des lésions.

« Pour ne nous en tenir ici qu'aux états simples du col, c'est-à-dire sans complication d'un néoplasme sous-jacent ou d'une infection tuberculeuse, toutes ces variétés d'aspect, soit du col, soit de son ulcération, ne sont qu'une seule et même chose et relèvent toutes de deux conditions pathogéniques indispensables à leur production, à savoir : *la déchirure de l'orifice utérin et la métrite* ; et, comme l'on dit en langage mathématique, ces conditions sont nécessaires et suffisantes pour expliquer et faire comprendre toutes les variétés présentées par l'orifice utérin agrandi et ulcéré. On trouve dans cette double condition le mécanisme

de l'ulcération et les indications de son traitement. Ainsi produite et comprise, *l'ulcération vraie* doit être soigneusement distinguée de l'ulcération superficielle, de *l'exulcération* qui occupe les bords de l'orifice du museau de tanche *non déchiré*, et peut même empiéter sur la portion vaginale du col. Cette ulcération simple, desquamation de l'épithélium *pavimenteux* de la muqueuse *vaginale* du col, semble due au contact irritant des liquides sécrétés par l'utérus et le vagin ; peut-être même reconnaît-elle le plus souvent cette dernière origine, et elle acquiert son maximum de fréquence dans la vaginite et surtout dans la vaginite blennorrhagique. Sa présence n'entraîne ni les mêmes accidents ni les mêmes indications que l'ulcération vraie du col ; c'est l'exulcération du gland dans la blennorrhagie ou dans la balanoposthite.

« A l'inverse, l'autre, la *vraie* ulcération, celle que l'on voit et que l'on soigne, celle qui, partant de la muqueuse *utérine,* empiète à l'extérieur, s'y étale, et semble y être née, celle-là vient de l'intérieur et c'est l'analyse de ses détails qui permet d'en comprendre la physionomie.

« Dans tout état du col utérin de ce genre, on doit considérer *l'orifice* et *les lèvres* de cet orifice. L'orifice n'est plus un trou, c'est une *fente* présentant une grande variété d'aspect ; le plus souvent cette fente est étendue à toute la largeur transversale du col, quelquefois même elle empiète sur les côtés et se relève pour arriver jusqu'à l'insertion vaginale ; en général l'encoche est plus prononcée du côté gauche, d'autres fois la fente n'existe que d'un seul côté ; partant du centre du col ou à peu près, elle se dirige vers l'un des côtés, le plus souvent vers le gauche. Suivant le gonflement du col, suivant l'étendue de la déchirure, cette fente mesure en largeur 2, 3 centimètres et même plus ; quelquefois elle est compliquée par une ou plusieurs fissures antéro-postérieures portant le plus souvent alors sur la lèvre postérieure. D'autres fois, enfin, des traînées blanchâtres indiquent une déchirure ancienne et montrent sa cicatrisation partielle soit vers un des angles latéraux, soit sur la lèvre antérieure où la réunion peut s'être faite en entier et spontanément.

« Les *lèvres* qui circonscrivent cette fente sont boursouflées, saillantes, faisant issue en haut et en bas, remplissant la partie

supérieure du vagin ; dans les cas extrêmes, ce sont de véritables lèvres *en rebord de pot de chambre*, avec une bouche fendue jusqu'aux oreilles. Si la déchirure n'est qu'unilatérale, le gonflement et le déplissement des lèvres en dehors ne peuvent être marqués que sur la partie correspondant à la déchirure. Ces lèvres boursouflées et saillantes, renversées en dehors, sont tapissées d'une muqueuse ulcérée saignante ; l'ulcération commence dès le fond de la fente, s'avance en haut et en bas sur chaque lèvre, peut déborder sur le bord libre de celle-ci et le dépasser plus ou moins, *semblant* envahir la portion vaginale du col. Là, elle se termine par un bord net plus ou moins festonné, dans lequel on reconnaît souvent un liseré blanchâtre d'aspect cicatriciel. D'autres fois et le plus souvent, moins étendue, l'ulcération ne dépasse pas le bord libre des lèvres du col, et pour continuer notre comparaison avec la bouche, les lèvres ne sont ulcérées que jusqu'aux limites du rebord muqueux.

« A cette ulcération, quelle que soit son étendue, correspondent toutes les variétés d'aspect si bien décrites dans nos classiques ; tantôt la muqueuse ulcérée est veloutée, villeuse, recouverte de végétations papillaires ; tantôt elle est tomenteuse, hérissée de gros bourgeons charnus comme à la surface d'une plaie granuleuse ; par places, elle est bourrée de points saillants plus fermes, de transparence blanchâtre, disséminés même en dehors des limites de l'ulcération et sillonnés de fins ramuscules sanguins ; d'autres fois, la surface ulcérée est, au contraire, *plate*, sans bourgeons ni saillies, comme vernissée ; ce n'est qu'une surface rouge parcourue par des vaisseaux à fleur de muqueuse ; dans ces cas, l'aspect est celui d'un véritable *ulcère de cicatrice* ; il n'apparaît guère que sur les cols anciennement déchirés, durcis et déformés, dont la muqueuse s'est détruite à la longue et a été remplacée par un tissu de cicatrice à vitalité douteuse et à ulcération facile.

« Enfin et d'une façon constante, ces surfaces dénudées sont recouvertes d'une abondante sécrétion muqueuse ou muco-purulente, tenace et adhérente, et leur attouchement est facilement suivi d'un écoulement sanguin se faisant par places et stillant, comme une rosée, de vaisseaux superficiels et fragiles. Aux formes végétantes appartient surtout la sécrétion muqueuse et muco-

purulente ; aux ulcérations plates et d'apparence vernissée, le suintement sanguin.

« Dans bon nombre de cas, ces lèvres ainsi modifiées sont allongées et l'affection se complique d'un certain degré d'allongement hypertrophique sous-vaginal.

« Tout cet état, qui pourrait comporter bien d'autres détails, n'est autre chose que le résultat de la déchirure du col et ne peut exister que s'il y a déchirure ; et, pour en revenir aux rapports de l'ulcération et de cette déchirure, je formule cette proposition : *toute ulcération vraie n'existe que sur la muqueuse intra-cervicale*. Cette ulcération, c'est la muqueuse du col *extériorée*, gonflée, proliférante et ulcérée ; c'est l'endométrite du col devenue extérieure ; c'est l'*ectropion* de la muqueuse enflammée à travers le col déchiré, ou c'est la muqueuse vue par l'écartement des lèvres du col, s'il n'y a pas d'ectropion. Inflammation chronique de la muqueuse, hypertrophie de cette muqueuse et des tissus sous-jacents, glandes et tissu cellulaire, renversement à l'extérieur de tous ces tissus trop à l'étroit, tel est, à notre sens, l'enchaînement des phénomènes. Que la même inflammation, que la même hypertrophie muqueuse et sous-muqueuse se produise sur un col *non* déchiré, on pourra avoir un col gros, un orifice légèrement agrandi à muqueuse cervicale visible et enflammée, jamais on n'aura l'aspect ci-dessus, à savoir la fente transversale circonscrite par des surfaces muqueuses ulcérées, et plus ou moins renversées.

« Les preuves de la réalité de cette pathogénie ne sont pas difficiles à fournir et me paraissent nombreuses :

« 1° Cet aspect particulier du col ulcéré n'existe *jamais* chez les femmes n'ayant pas eu un accouchement ou une fausse couche ; la déchirure plus ou moins grande de la parturition est un des éléments indispensables à la production de cet état. Emmet, à qui l'on doit tout sur cette question n'a observé qu'une fois cet aspect sur une jeune fille « au-dessus de tout soupçon » et atteinte en même temps de cellulite pelvienne. Sur des centaines de déchirures du col avec ulcération, je n'ai pas trouvé un *seul* cas chez des malades n'ayant pas eu un accouchement ou une fausse couche plus ou moins longtemps auparavant. Une seule fois je découvris chez une jeune femme qui n'avait jamais été

enceinte, une large ulcération saignante et bourgeonnante, représentant un des plus vastes ectropions muqueux que l'on puisse observer et dont la présence semblait infirmer mon assertion précédente. Mais l'examen nous apprit que cette jeune femme venait d'un autre hôpital où depuis longtemps et très fréquemment, elle avait subi de nombreuses et profondes cautérisations au fer rouge; le col avait été détruit par le feu et transformé en une vaste perte de substance ressemblant aux degrés les plus avancés de la déchirure du col avec ulcération. L'opération d'Emmet, après un traitement préparatoire approprié, remit les choses en état et rendit au col sa forme et son aspect.

« 2° La réalité de la déchirure s'affirme par l'examen direct au spéculum. Quand on écarte les valves du spéculum de Cusco, les deux lèvres s'écartent l'une de l'autre, montrant leur face interne rouge et ulcérée. Si on saisit chacune de ces lèvres avec un crochet, on peut, en les écartant, voir, sur les côtés, les limites atteintes par la déchirure et l'œil pénètre dans l'intérieur de la cavité cervicale, largement béante. Vient-on à rapprocher les deux lèvres à l'aide des mêmes crochets, les deux lèvres se rapprochent comme deux valves, et si leurs dimensions ne sont pas trop exagérées, l'aspect à peu près normal du col se trouve reconstitué. L'examen avec le spéculum de Sims permet aussi de se rendre un compte exact de l'état des parties. Rien n'est plus démonstratif alors, l'instrument en place, que d'abaisser l'utérus et de se rendre compte directement, *de visu* et *de tactu*, de la déchirure et de l'ulcération.

« 3° Les caractères de cette ulcération elle-même, alors que la déchirure ne saute pas aux yeux, fournissent des preuves incontestables du siège de l'ulcération sur la muqueuse cervicale.

« Tous les auteurs ne décrivent-ils pas à l'envi et avec la plus exacte précision, à la surface de cette ulcération, la présence de glandes et de follicules ulcérés ou non ? Sur les cols gros, hypertrophiés, *tapiroïdes*, ne signale-t-on pas la présence de véritables boutons d'acné envahissant les lèvres dans leur portion hypertrophique, et jusqu'aux limites de l'insertion vaginale ? Or, rien de plus simple que la présence de ces glandes et de ces follicules, puisqu'ils ont été tout naturellement amenés à l'extérieur par le renversement des lèvres du col, et l'éversion de la muqueuse

ayant fait hernie à travers le col déchiré et ayant pour ainsi dire élu domicile dans le vagin. Comme la muqueuse elle-même, ces éléments se sont *extériorés* et leur hyperplasie, conséquence de l'endométrite, contribue à les rendre plus nombreux et plus saillants. Ainsi doivent disparaître, comme visant une lésion spéciale, les descriptions d'*acné du col* ou de *métrite kystique* ; ce n'est là qu'une des variétés d'aspect du col déchiré.

« L'examen histologique apporte une preuve nouvelle du siège primitivement muqueux de l'ulcération ; il a été noté (de Sinéty) que l'on trouve à la place de l'épithélium pavimenteux, existant normalement dans cette région, une couche de cellules épithéliales, cylindriques ou cubiques. Mais, ces cellules épithéliales, cylindriques et cubiques, sont les cellules de la muqueuse cervicale éversée, et point n'est besoin, à notre avis, d'invoquer le remplacement d'une variété d'épithélium par une autre, sous l'influence de l'inflammation.

« 4° On peut produire, pour ainsi dire à volonté, l'aspect ordinaire de la déchirure du col et se rendre compte ainsi de la réalité de cette lésion. Dans certains cas de polypes ou de fibromes utérins, quand on incise le col sur les côtés, jusqu'à l'insertion vaginale pour aborder la cavité utérine, si cette double incision ne se cicatrise pas ou ne se cicatrise que d'un seul côté (fait assez fréquent), au bout d'un certain temps l'examen du col au spéculum et avec les crochets montre la même disposition et les mêmes particularités que dans la déchirure spontanée, — une large fente transversale fermée par deux valves mobiles représentant les lèvres du col. Ici, en général, la déchirure est sans complication d'ulcération ; la métrite faisant défaut, la muqueuse reste mince, sans tendance à l'ectropion ; les lèvres ont leur volume normal. On ne se trouve en présence que de l'un des termes de la question qui nous occupe.

« 5° Enfin, un dernier argument me paraît fourni par les résultats de l'opération d'Emmet. Après excision de la muqueuse éversée et ulcérée, après suture des lèvres de la déchirure aussi bien sur les côtés que sur leur bord antérieur, le col reprend sa forme ; à la muqueuse cervicale ulcérée se substitue la muqueuse vaginale saine ; le col conique à base inférieure est remplacé par un cône à base supérieure, et si l'opération a été faite en temps

opportun, si elle s'accompagne d'un traitement antérieur ou contemporain de l'endométrite concomitante, au bout de peu de temps, le col subit une telle transformation dans sa forme et son volume qu'il est impossible de reconnaître l'ancien état pathologique et de méconnaître l'évident bénéfice de l'intervention.

« Existe-t-il d'autres aspects du col déchiré ? Oui, certes, l'ulcération n'est qu'un des accidents de la déchirure du col, et si cette ulcération n'existe pas sans la déchirure, l'inverse n'est pas vrai. On peut observer une déchirure *sans ectropion* et *sans ulcération*, partant sans métrite de la muqueuse cervicale, et une déchirure avec ulcération ancienne *cicatrisée.*

« Dans le premier cas, il est facile de se rendre compte de la lésion : les lèvres du col sont minces, facilement mobiles l'une sur l'autre, permettant au doigt et à l'œil de toucher et de voir la muqueuse cervicale saine en général, pâle ou légèrement rosée en pareil cas. Des deux côtés ou d'un seul côté, la fissure remonte vers les culs-de-sac vaginaux ou vers un seul, en général le gauche. Le plus souvent, en même temps, il y a tendance à l'allongement hypertrophique sous-vaginal. Dans quelques cas, cet allongement est porté à l'extrême ; le col est tout près de la vulve et une vaste encoche [latérale témoigne d'une déchirure étendue. Cette déchirure, avec minceur des lèvres], s'observe de préférence chez des femmes encore jeunes et peu éloignées de leur premier accouchement. L'allongement hypertrophique ne se prononce qu'à un âge un peu plus avancé.

« La deuxième forme — déchirure avec ulcération cicatrisée — est de beaucoup plus fréquente. Sous l'influence du temps, du traitement local, cautérisations, injections, etc., la muqueuse éversée et ulcérée se cicatrise *in situ*, se recouvre d'un épithélium pavimenteux, et prend un aspect blanchâtre ou blanc-grisâtre cicatriciel. C'est la variété ordinaire des *gros* cols *non ulcérés*. Les cols volumineux peuvent présenter des aspects variés dans lesquels on peut néanmoins toujours reconnaître le type primitif. Le plus souvent le col est large, étalé, remplissant tout le fond du vagin, difficile à saisir avec le spéculum, qui butte contre les lèvres au lieu de les embrasser. Au lieu d'être conique, l'organe est cylindrique ou conique à base inférieure ; d'autres fois, les lèvres ne semblent plus exister et le col se termine par

une surface cylindrique, comme si une tranche avait été détachée par une section perpendiculaire faite de haut en bas. Plus ou moins près du centre de figure, rarement au centre même, on observe une fente transversale qui n'est autre que l'orifice anciennement déchiré, fente transversale circonscrite par deux bords élevés ; sur ces bords, qui représentent les lèvres éversées, apparaissent fréquemment des saillies du volume d'un grain de plomb, d'un pois, véritables kystes glandulaires par rétention, emprisonnées dans le tissu sous-muqueux induré et cicatriciel. En général, enfin, toute cette surface est inégale, irrégulière, tourmentée, parsemée de dépressions et de saillies circonscrites par de véritables petites brides cicatricielles.

« Ainsi se présente le plus souvent l'ulcération cicatrisée après déchirure du col.

« Plus rarement, chez la femme âgée, après la ménopause, le col ayant eu cette histoire est moins gros et comme atrophié ; son tissu, dur, sclérosé, semble s'être résorbé en partie ; les lèvres du col affleurent les culs-de-sac effacés ; on ne voit plus qu'une fente transversale entre deux lèvres petites et à peine reconnaissables. Souvent, en coïncidence avec cet état, des brides vaginales fixent le col à sa partie postérieure et contribuent encore à l'effacement du cul-de-sac.

« *Complications de la déchirure du col avec ulcération.* — Je me garde bien de décrire sous ce titre *l'endométrite* ; j'ai déjà dit à plusieurs reprises que celle-ci me semblait indispensable pour que la déchirure se compliquât de l'ulcération de la muqueuse cervicale. Quel est le mécanisme de cette endométrite et de l'ulcération consécutive ? Je ne suis pas en mesure de le dire. Je suis bien près de ne voir dans cette endométrite que le résultat d'un degré atténué d'infection post-puerpérale, qu'un retard ou un arrêt consécutif dans la régression utérine avec les troubles circulatoires qui sont à la fois la cause et l'effet de ce défaut d'involution, et avec les modifications de tissus intéressant la muqueuse et les couches sous-jacentes. Comment à la suite se produit l'ulcération ? Je ne saurais le dire ? toujours est-il qu'elle est intimement liée à la métrite. Là me semblent s'arrêter nos connaissances à ce sujet.

« De même, je laisse également de côté les complications plus

élevées, soit relevant de la même cause — l'infection post-puerpérale, — soit liées plus tard à l'absorption des produits septiques de la muqueuse utérine, et se traduisant par les phénomènes cliniques de la salpingite ou de la salpingo-ovarite. Ce sont des accidents qui ne sont point spécialement liés à l'histoire de la déchirure du col avec ulcération ; ils peuvent compliquer cette lésion comme toute lésion infectieuse de la muqueuse de l'utérus. Leur présence n'est importante qu'au point de vue du traitement et des indications ou contre-indications opératoires. Le plus souvent ces complications dominent toute la symptomatologie, et c'est à leur occasion que l'on pratique l'examen et que l'on découvre l'état particulier du col dont nous parlons ici.

« La véritable lésion coïncidant le plus souvent avec la déchirure du col est la déchirure complète ou incomplète du périnée ; ces deux lésions sont contemporaines dans leur production et relèvent de la même cause : le passage violent de la partie fœtale dans un accouchement trop brusquement terminé, avec ou sans disproportion entre les parties maternelles et fœtales. La déchirure du périnée aggrave la déchirure du col ; elle trouble sa cicatrisation spontanée, et, bien que, dans la production de l'endométrite, je fasse jouer un rôle aussi petit que possible aux causes mécaniques, la lésion périnéale constitue une cause prédisposante et aggravante de la métrite et partant de l'ulcération du col. La béance de la vulve laisse le col entr'ouvert et abaissé, exposé à toutes les infections du voisinage ; l'abaissement expose l'organe aux frottements douloureux sur les parois vaginales et aux contacts traumatiques du coït, la rétroflexion entrave la circulation et favorise la congestion passive.

« Existe-t-il une *symptomatologie spéciale* de la déchirure du col ? Observe-t-on des troubles particuliers à la déchirure *avec ulcération* et à la déchirure avec ulcération *cicatrisée ?*

« Dans le premier cas, quand il existe une ulcération, je ne puis guère trouver autre chose que les phénomènes ordinaires de la métrite ; l'ulcération, par elle-même, ne cause pas de troubles particuliers ; dans quelques cas seulement, elle est le siège d'une sensibilité spéciale sur laquelle Emmet a beaucoup insisté, siégeant à l'un des angles ou aux deux angles de la déchirure et capable de donner lieu à des phénomènes réflexes variés. En

France, jusqu'à présent du moins, nous avons rapporté ces troubles à l'endométrite concomitante ; mais s'il est démontré que celle-ci est limitée à la région cervicale et qu'elle ne peut être guérie tant que le col sera déchiré et éversé, on est amené à considérer la déchirure du col comme une source de troubles qu'il est nécessaire de tarir. Au point de vue des indications, cette donnée me paraît utile à retenir et concorde entièrement avec l'opinion que j'ai émise à plusieurs reprises sur les relations de la déchirure du col avec la métrite.

« Les métrorrhagies, la leucorrhée ne diffèrent en rien de ce qu'on voit dans cette dernière affection ; ici seulement, la source des sécrétions peut être directement observée, la muqueuse saignante et sécrétante étant au dehors. On peut voir le sang sourdre par places à la surface de l'ulcération ; c'est une véritable *menstruation* se faisant à l'extérieur. Ces hémorrhagies peuvent avoir une abondance excessive et ces pertes de sang exagérées ne contribuent pas peu à produire chez les malades cet état particulier de nervosisme et d'hypochondrie si fréquent dans les affections utérines. Elles deviennent une indication fréquente et urgente de l'opération d'Emmet qui peut seule les tarir d'une façon rapide. Les retentissements douloureux du côté du sacrum, des aines, des cuisses, des névralgies à distance, l'insomnie, les troubles dyspeptiques, tout ce cortège ordinaire de ces même affections, paraissent à première vue difficiles à rattacher d'une manière exclusive à la déchirure compliquée d'ulcération. Mais pourtant, si l'on réfléchit que tous ces accidents pénibles ne se montrent guère que dans les formes graves de la métrite chronique où il y a, pour ainsi dire, toujours une ancienne déchirure du col avec éversion et ulcération, cette déchirure arrive à jouer un rôle probable dans la genèse des accidents ; en tout cas, elle les entretient en entretenant la métrite.

« Peut-être même peut-on aller plus loin et, depuis longtemps, Emmet soutient qu'alors même que les surfaces de l'ulcération sont cicatrisées, les femmes peuvent éprouver des phénomènes nerveux réflexes, souffrir d'anémie et de névralgies persistantes, et que tous ces symptômes ne peuvent disparaître que par la restauration du col et l'enlèvement total du tissu cicatriciel des angles.

« Je laisse ces points de côté ; je n'ai pas voulu, dans cet article, aborder ni les symptômes ni le traitement de la déchirure du col avec ou sans ulcération ; c'est un sujet sur lequel j'aurai à revenir. Je me suis attaché seulement à montrer : 1° Qu'à mon sens il n'y a pas d'ulcération vraie du col de l'utérus sans déchirure de ce col, produite par un accouchement ou une fausse-couche et que cette ulcération siège sur la muqueuse intra-cervicale plus ou moins éversée ; 2° que pour faire cette ulcération il était indispensable qu'il existât de l'endométrite ; 3° que l'ulcération, une fois créée, devenait par elle-même la source d'accidents locaux et généraux variés et entretenait et aggravait les phénomènes inflammatoires ; 4° que de cet échange de mauvais procédés, entre la métrite et l'ulcération, il résulte un état chronique presque incurable, si on ne s'adresse qu'à l'un des éléments de l'affection, avec possibilité de complications sérieuses du côté du bassin et de l'abdomen ; 5° qu'il y a grandement lieu, dans le traitement de l'ulcération, de tenir un large compte de cette double condidition de l'endométrite et de la déchirure du col. »

« Bouilly. »

*
* *

Déchirure et *ulcération*, tel est en effet le sommaire, anatomique indiscuté de la maladie mise à nu et telle est sa double étiquette clinique.

La *déchirure* est la condition *mécanique* de l'ulcération.

L'*inflammation* en est la condition *pathologique*.

J'ajouterai, forçant la tendance évidente de M. Bouilly, *l'endométrite puerpérale septique*, en est le fond *étiologique* le plus fréquent.

Traumatisme et *inflammation*, voilà en deux mots, le double élément pathogénique de ce qu'on appelle communément *l'ulcération* du col.

Je ne veux pas m'étendre sur ce mot mauvais, mais courant, *d'ulcération* (1) que l'on applique invariablement à l'état pathologique de la muqueuse qui entoure l'orifice externe du col, et qui se traduit par l'aspect rouge, turgide, enflammé, luisant et par la

(1) Voir le mémoire précédent (p. 111).

sécrétion abondante qui en découle constamment. En fait, il n'y a pas d'ulcération ; on ne pourrait même pas démontrer toujours la réalité d'une simple *érosion*, car il faudrait accepter sans réserve toute une série de données anatomo-pathologiques, d'origine allemande, auxquelles je suis loin d'accorder une confiance absolue. Je me réserve de publier sous peu mes recherches histologiques sur la question.

A ce propos, j'ai été étonné que Bouilly, veuille donner justement le nom d'ulcération *vraie*, à cette lésion de nature douteuse ; et qu'il considère, comme *fausse* ulcération, ces pertes de substances superficielles qui se rencontrent parfois sur la portion vaginale du col, loin de l'orifice externe, sortes d'exulcérations, d'érosions de hasard si l'on veut, mais qui en réalité sont bien des érosions, tandis que les lésions communes, décrites sous le nom d'ulcération ou d'érosion ne le sont point, anatomiquement. Je n'insiste pas, car je suis certain que pour Bouilly, comme pour la plupart des gynécologues, comme pour moi, d'ailleurs, le mot *ulcération* c'est le terme forcé, la formule consacrée, mais point vraie.

Cependant, je crois qu'il serait mieux, à tous égards, de ne point prolonger cette équivoque. Voici mes raisons : Lorsque nous voyons la conjonctive chroniquement enflammée s'étaler sur la paupière éversée ; la muqueuse rectale, dans la rectite, se hernier légèrement à l'orifice anal ; ou encore la muqueuse urétrale, chez la femme, former un bourrelet rougeâtre, saillant au méat, etc..... nous ne disons pas qu'il s'agit d'ulcération ou d'érosion vraie ou fausse. Nous appelons la lésion de son vrai nom, *ectropion*, *hernie*, etc.

Il en est de même pour le col utérin, avec cette particularité, qu'ici l'explication tirée de l'origine traumatique ordinaire du processus, met la nature de la lésion hors de toute contestation.

Mais, ma protestation, je le comprends, est prématurée et je ne veux pas devancer les conclusions du mémoire à intervenir.

Avec tous les gynécologues, au courant de la question, Bouilly montre nettement que la surface rouge et secrétante qui s'étale plus ou moins loin, au pourtour de l'orifice du col, est la muqueuse intra-cervicale malade, faisant hernie au dehors. L'étendue de sa surface et sa disposition prédominante sur l'un des côtés du col,

ou son égal étalement sur les deux lèvres, tout cela dépend de l'existence d'une déchirure du col, du siège unilatéral ou bilatéral de cette déchirure, et de son étendue.

Je pense qu'elle dépend aussi beaucoup de l'intensité de l'endométrite, c'est-à-dire de la qualité et de la quantité du processus inflammatoire.

Plus la muqueuse sera épaissie et proliférante, plus elle fera hernie hors du trajet cervical et plus elle tendra à s'étaler au dehors, sur la face interne des deux lèvres renversées.

Que l'on envisage uniquement le fait de la division traumatique du col, en laissant de côté la notion de l'inflammation muqueuse qui l'accompagne, et l'on verra que s'il ne s'agit que d'une déchirure post-puerpérale récente, l'ectropion de la muqueuse est en effet en proportion exacte de la séparation traumatique et de l'écartement ou *éversion* des lèvres du col, c'est-à-dire qu'il en apparaît à l'extérieur une étendue égale à l'étendue du canal cervical mise à nu par la déchirure unilatérale du museau de tanche. De toute façon, cette portion de la muqueuse intra-cervicale mise ainsi à découvert simulera une ulcération. Plus tard, les phénomènes et l'aspect pourront changer, mais il restera assez de vestiges du traumatisme ancien pour que le rôle de la déchirure soit possible à mettre hors de doute.

Toutefois, il se peut que l'ectropion existe en dehors de tout traumatisme. — On ne le nie pas. Cependant, Emmet croit la chose très rare ou du moins il s'efforce de faire prédominer la double notion du traumatisme uni à l'endométrite et un peu trop au détriment de celle-ci. Son effort est logique et la tendance pratique en a été très avantageuse, car c'est en effet la règle, que cette association ; mais l'exagération, en elle-même et dans ses conséquences, est fâcheuse. Il me semble que Bouilly accepte trop facilement les vues d'Emmet. Il ne faut pas oublier que l'ectropion muqueux du col existe, plus fréquemment qu'on ne le dit, chez les vierges et chez les femmes nullipares. Il n'acquiert jamais d'énormes proportions, mais j'en ai vu de très accentués. Bennet qui avait longtemps méconnu l'ulcération chez les vierges, en parle longuement dans les dernières éditions de son livre (*Traité pratique de l'inflammation de l'utérus*, trad. de M. Peter, 1864, p. 142). « Non seulement, dit-il, j'ai rencontré l'inflamma-

tion ulcéreuse du col, chez les femmes vierges, âgées de plus de vingt ans et qui étaient réglées depuis plusieurs années, mais je l'ai observée parfois sous sa forme la plus accentuée, chez des jeunes filles de seize à dix-sept ans. »

Qu'Emmet, qui est devenu le père de la doctrine reçue aujourd'hui, la soutienne, la défende, fasse prévaloir l'importance de la déchirure c'est très naturel. Il n'en est pas moins vrai que, chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants, le mécanisme de la lésion est très explicable sans la notion de déchirure.

Qu'on ne s'y trompe pas, mon but n'est pas d'affaiblir la théorie traumatique invoquée pour la métrite des femmes qui ont accouché, en cherchant à établir l'importance et la fréquence de l'ectropion chez les femmes de l'autre catégorie. Je pense, au contraire, qu'au fond le mécanisme réel est le même dans les deux cas.

Bouilly rappelle avec raison que, de ce qu'il y a déchirure, même persistante, il n'y a pas nécessairement ulcération. — Cela tient, d'après lui, à ce que, ou bien l'inflammation de la muqueuse n'existe pas, ou bien à ce que l'ulcération s'est cicatrisée. Il me paraît que c'est accentuer trop l'explication du fait. Il suffirait de dire que cela tient à ce qu'il n'y a pas d'éversion des lèvres du col. (Je laisse de côté la seconde alternative, celle de la cicatrisation). — En effet, ce qui accentue l'ectropion de la muqueuse cervicale, (je dis *ectropion* pour *ulcération*) ce qui le fait apparaître à l'œil nu au fond du spéculum, c'est le renversement des lèvres du col en dehors, et plus les lèvres du col seront renversées et plus l'ectropion sera considérable ; et inversement.

Or, et c'est là un point qui, pour moi, est hors de doute : *l'éversion* est assez fréquente chez les nullipares. Elle peut porter sur les deux lèvres du col, mais elle affecte principalement la lèvre antérieure, et dans ces cas, l'ectropion de la muqueuse malade l'accompagne habituellement. L'orifice du col n'est pas aussi nettement déformé que chez les multipares, il présente rarement de larges dimensions transversales, mais il est des cas où je l'ai vu étonnamment agrandi, linéaire, transversal, plissé comme chez certaines femmes ayant eu des enfants.

J'ai vu des jeunes femmes, dans ces conditions, guérir et, stériles jusque-là, devenir enceintes. — Elles présentaient, à

l'examen digital pratiqué pendant la grossesse, un col de multipare ou tout au moins d'une femme ayant accouché. Tissu du museau de tanche mou, flasque, orifice externe large, transversal, béant, admettant aisément le doigt, mais net, comme contour, la déformation s'étant en partie régularisée par la guérison du catarrhe cervical. — Il n'y avait ici, bien entendu, aucune cause d'erreur, toucher répété ou supercherie.

L'éversion du col chez ces individus, filles, vierges ou non, femmes mariées, nullipares, existe sous la forme commune. — On sent le rebord saillant et relevé de la lèvre antérieure, au moyen du doigt qui déprime le cul-de-sac antérieur du vagin. Le spéculum pourrait tromper à la rigueur, mais le toucher donne une notion sûre de la déformation. — Ce sont ces cas légers, aussi bien que ceux qui ont trait à des ulcérations chez des femmes ayant subi des déchirures peu marquées à un accouchement antérieur qui trompent souvent les praticiens. Même quand on est au courant des affections du col, et des notions sur lesquelles je disserte ici, on peut laisser passer inaperçues des déformations peu sensibles et être trompé par l'apparence d'un col qui semble avoir sa longueur normale et qui ne porte vraiment pas d'encoches latérales ou sur son pourtour. — A plus forte raison chez une fille, alors que l'éversion veut être cherchée avec soin pour être reconnue.

Avec la déformation, on constate la surface rouge et luisante, d'aspect fongueux ou plissé, de la muqueuse cervicale malade, et cette muqueuse s'étale parfois assez largement sur la lèvre éversée. Une fois l'affection guérie, ou plutôt une fois la muqueuse en ectropion cicatrisée, il se peut que l'éversion du col persiste, et c'est l'explication de beaucoup de cas où l'on trouve des déformations du museau de tanche simulant l'antéflexion ou unies à l'antéflexion surtout chez des femmes pour la plupart stériles (1).

C'est aussi l'explication des cas où l'on rencontre, chez des nullipares, après guérison, sur la crête libre de la lèvre du col éversée, des follicules kystiques saillants, ce qui peut paraître une anomalie, car ces follicules ne doivent pas exister dans l'épaisseur de la muqueuse vaginale, loin de l'orifice externe. C'est

(1) Col tapiroïde, en pied de marmite... C'est ce que j'ai aussi appelé : *fausse conicité du col.*

le fait du débordement de la muqueuse cervicale interne et de son étalement jusqu'au rebord éversé de la lèvre, alors que cette muqueuse était malade. Si on eût vu la lésion à ce moment, on aurait nettement constaté l'ectropion par la différence de coloration et d'aspect des deux muqueuses. La différence n'apparaît plus une fois la cicatrisation obtenue, car une bonne partie de la muqueuse herniée a perdu son droit de domicile à l'intérieur de la cavité cervicale et s'est *épidermisée* sur toute l'étendue de la surface anciennement érodée.

J'ajouterai à ce qui précède que souvent, chez certaines multipares, l'ulcération (ectropion) est très étendue et hors de proportions avec le traumatisme ce qui diminue notablement le rôle de la déchirure, mais, chez elles, l'éversion est énorme. Il y a explication à cela. J'ai suivi avec soin l'évolution du processus, chez des femmes qui présentaient des lésions d'intensité variable, suivant les moments. *L'influence nerveuse* se faisait nettement sentir, chez elles, pour exagérer tout à la fois le renversement des lèvres et l'étendue de la hernie de la muqueuse. Le calme ou un traitement insignifiant, point topique, diminuait parfois l'ectropion de moitié ou des deux tiers, et cela en très peu de temps. C'est que parallèlement l'éversion diminuait, et seule l'éversion, qui résulte, pour moi, en partie du moins, d'un phénomène actif, peut disparaître si rapidement et se reproduire de même. Une comparaison fait bien saisir le phénomène : c'est celle de la gueule du serpent, ou du bec de canard s'ouvrant et se refermant à des degrés divers, montrant et cachant ainsi alternativement l'intérieur des valves mobiles qui les constituent. Ce phénomène a été pour moi très frappant chez des femmes veuves. Les déchirures bi-latérales étaient très peu profondes. J'ai fait la même remarque dans des cas de fibromes ou de polypes, chez des femmes stériles.

Je me permets donc, tout en acceptant les notions admises, d'insister sur l'existence de l'ulcération (je dis ectropion) chez des vierges, des filles, des nullipares, par le mécanisme de *l'Endométrite cervicale unie à l'éversion* des lèvres du col, sans l'existence du traumatisme.

J'en arrive ainsi à diviser, au point de vue pathogénique, les affections inflammatoires du col utérin, en deux groupes, suivant que le traumatisme existe ou non :

A. — Métrite cervicale chez les nullipares dont le complexus pathologique se résume dans :

1° *l'ectropion* de la muqueuse enflammée.

2° la *déformation* du col.

B. — Métrite cervicale des femmes ayant eu des enfants.

Au complexus précédent, il faut ajouter ici :

3° *déchirure* unilatérale ou bilatérale, avec les déformations spéciales et les conséquences diverses qui en dépendent.

A.

Sur les métrites cervicales du premier groupe je ne veux plus insister pour l'instant, de façon à me bien cantonner dans l'objet principal de cette note. Qu'il me suffise de dire qu'elles représentent presque toujours une affection catarrhale, lésion de surface, susceptible de propagation à la cavité du corps de l'utérus et à la trompe s'il y a un élément virulent ou phlogogène actif, mais lésant exceptionnellement le paramétrium. S'il était dans mon intention de traiter la question à fond, je dirais encore que l'éversion et l'érosion prétendues ne sont même pas toujours, dans ces cas, d'essence réellement inflammatoire et que des troubles nutritifs alliés à des dyscrasies localisées au col peuvent engendrer ces apparences morbides sans éveiller ce qu'on appelle à proprement parler la phlogose et ses conséquences sur le parimétrium (annexes), salpingite, périovarite, etc., etc.

B.

Quant à celles du second groupe, celles où le traumatisme se combine à l'inflammation pour produire à la fois la déformation et l'apparence de l'ulcération, mon but est de les envisager avec quelques détails.

D'abord leur pathogénie est constamment d'origine obstétricale. L'effraction violente du col par le passage naturel ou artificiel du fœtus cause la déchirure ou les déchirures, dont les con-

séquences *mécaniques* sont parfois très fâcheuses, en raison de l'étendue du traumatisme et de la participation des plans musculaires pelviens à ce traumatisme. Je n'accepte en aucune façon l'idée que l'avortement criminel puisse prédisposer au traumatisme du col, ainsi que le dit Emmet. L'explication plausible manque.

Donc, le col peut être déchiré de bout à fond, c'est-à-dire de son orifice externe à son orifice interne et au-delà, sans qu'à l'examen extérieur il paraisse autre chose qu'une encoche qui ne dépasse pas le cul-de-sac vaginal.

La lésion est le plus souvent beaucoup moins profonde.

Quel va être l'avenir de cette blessure ?

Deux cas se présenteront : 1° Si l'état des parties cruentées et du milieu dans lequel doit se faire la réparation est normal, c'est-à-dire pur de toute influence morbide, de tout élément septique, la réunion spontanée se fera (Emmet ne fait d'exception que pour les ruptures très étendues). Il ne restera que des traces insignifiantes de la lésion, une encoche, une dentelure imperceptible sur l'un des côtés du col ou sur les deux.

2° Si le milieu est impur, si les surfaces cruentées portaient le germe d'une inflammation ancienne (endométrite) ou subissent le contact d'un germe infectieux récent (infection puerpérale), pour atténué que soit le principe infectant, la réunion primitive et spontanée des surfaces opposées devient impossible. — Les plaies suppureront et un tissu de cicatrice recouvrira tôt ou tard les surfaces divisées, c'est-à-dire les zones commissurales des lèvres désormais séparées. — Même processus dans la région susvaginale du col lorsque la déchirure s'étend jusque-là. Plus la division des lèvres du col sera grande, plus les phénomènes d'inflammation septique locale seront accentués..., et plus les complications accessoires, c'est-à-dire les processus de voisinage, auront chance de se produire. En effet, lorsque le principe infectant est très actif et la déchirure très profonde, il est rare que la lésion reste limitée au col et c'est ici le véritable champ de la *paramétrite*.

Etendue ou circonscrite, — suraiguë avec développement rapide de phénomènes graves, mortels même, ou discrète et affectant une marche subaiguë, la *paramétrite*, presque dès le début

n'en coexiste pas moins d'une façon à peu près constante avec les lésions inflammatoires localisées au col.

Lorsqu'elle ne tue pas rapidement par l'extension des lésions ou par l'infection totale de l'organisme, mais qu'elle tend au contraire à la chronicité, la paramétrite se cantonne dans des proportions modérées, et occupe une zone peu étendue dans l'épaisseur du tissu cellulaire péri-utérin. Des *lymphangites* et des *phlébites* limitées font les frais habituels des lésions de début, avec l'adjonction habituelle de l'inflammation des gaines extérieures des vaisseaux sanguins, *périphlébite*, *périlymphite*, *adénolymphite*, enfin le tissu cellulaire lui-même, peut participer à la formation de l'exsudat inflammatoire : *cellulite*.

La lymphangite peut aller, par propagation, jusqu'à produire la folliculite ovarienne en suivant la voie sous-séreuse. Ceci est déjà une forme assez sérieuse de l'affection. J'en ai vu des cas, un entre autres de folliculite suppurée de l'ovaire droit que j'ai opéré. La propagation était, sans conteste, d'origine paramétritique.

Je pense que les faits dans lesquels l'ovaire échappe à la propagation d'une paramétrite secondaire liée elle-même aux lésions cervicales primitives doivent être très *rares*. Je crois, au contraire, que cet organe est rarement indemne et je l'ai toujours, pour ma part, rencontré dans ces conditions, douloureux et gros.

N. B. Je n'ai pas du tout l'intention de trancher de la sorte, la question de la *paramétrite* et de la *périmétrite* développées dans d'autres conditions très différentes ; je vise le processus limité à l'évolution de la métrite cervicale traumatique.

Du côté des veines, l'extension du processus amène souvent ces formes de phlébite pelvienne et crurale, tantôt aiguë et précoce, tantôt quasi apyrétique et tardive. Dans celles-ci, on soupçonne plutôt l'infection qu'on ne la constate réellement. Précoce ou tardive, mais plus fréquemment tardive en raison de la subacuité habituelle de la marche et de l'extension de la lésion, cette phlébite est unilatérale ou bilatérale.

La bilatéralité est simultanée ou bien l'apparition de la phlébite sur les deux membres est successive. La bilatéralité simultanée s'explique très bien par la double origine de l'inflammation veineuse dans le traumatisme bilatéral du col, sans qu'on ait à invoquer l'obstruction totale de la circulation pelvienne.

La phlébite et la lymphangite accompagnées de l'inflammation des tissus conjonctifs ambiants, si légères que ces lésions puissent être, ne sont pas une complication obligatoire et nécessaire du traumatisme obstétrical compliqué d'infection. Dans quelques cas, en effet, on n'a pas la preuve évidente de leur existence. — Cependant, je ne puis guère accepter que, si dans la période des couches, les plaies du col suppurent par le fait d'une septicité quelconque, il n'y ait pas eu, à un moment donné, une réaction générale ; or cette réaction générale marque l'existence de la paramétrite secondaire, et l'on trouve, en cherchant bien, un indice matériel de l'extension de la lésion locale aux tissus circonvoisins.

Chaque fois que, pour mon compte, j'ai cherché la paramétrite, je l'ai trouvée ; et je dois ajouter que c'est le seul genre de paramétrite auquel je crois sérieusement, la plupart des prétendus phlegmons des ligaments larges, cellulite, etc., se rapportant bien plutôt à des lésions des annexes qu'à des inflammations du tissu cellulaire circumutérin. Je dois dire, en outre, que ce qui précède a trait nécessairement à l'évolution morbide des déchirures étendues, celles qui méritent réellement ce nom.

Pour si limité qu'il soit, le noyau inflammatoire paramétritique, qui avoisine la déchirure du col, forme une zone indurée, douloureuse, péri-cervicale, exactement juxtaposée aux tissus déchirés et paraît faire corps avec eux. — Cette zone d'induration inflammatoire, outre les canaux artériels, veineux et lymphatiques et le tissu conjonctif, comprend encore les nombreux filets nerveux péri-cervicaux.

Dans l'angle même de la déchirure, c'est-à-dire profondément, au niveau du cul-de-sac vaginal, point où l'écartement des lèvres du col cesse ou paraît cesser, se trouve un nodule inflammatoire développé aux dépens du tissu utérin et généralement en continuité avec le noyau de paramétrite. Ce nodule parfois unique, parfois bilobé ou multilobé, c'est-à-dire offrant l'aspect d'une tumeur minuscule mamelonnée, représente le *clou cicatriciel* du col déchiré, qui réunit, dans un processus commun, la muqueuse, ses glandes, le tissu cellulaire, le muscle, la paroi du vagin, etc.

J'ai suivi des malades avec un soin tel et des détails à ce point

circonstanciés qu'il ne me reste aucun doute sur la succession ou plutôt la combinaison diverse de ces phénomènes pathologiques. Je ne puis conclure à la nécessité constante de cette combinaison, mais je la crois fréquente, aussi bien de par les circonstances du début, saisies sur le fait, que par les lésions persistantes dans la suite. L'examen de la malade, peu après l'accouchement, permettra de rencontrer ces lésions réunies.

Un examen plus tardif peut coïncider avec l'atténuation de l'une ou l'autre des lésions du processus envisagé à l'état complet.

Comme conclusion à ce qui précède, je trouve donc déjà la preuve matérielle d'un triple élément qui se retrouvera, sinon toujours, presque toujours du moins, dans l'affection observée à une période plus ou moins éloignée de l'accouchement, pour peu que le traumatisme ait été sérieux : *Déchirure. — Endométrite du col. — Paramétrite.*

L'endométrite du col, compliquant la déchirure persistante, ne peut pas se nier. L'une ne va pas sans l'autre. Je n'ai pas à revenir sur les phénomènes accessoires, éversion, ectropion, etc., que j'ai envisagés au début et qui font ici leur apparition ; l'accord est unanime à leur égard... mais l'origine, la date d'apparition de l'endométrite, sa vraie place dans le complexus précité sont en discussion.

Comment Emmet, qui adopte l'idée de l'intervention primitive d'un élément septique pour empêcher la réunion primitive des lèvres divisées du col, suppose-t-il que l'endométrite cervicale, qui se rencontre avec la déchirure, puisse être un phénomène pathologique secondaire, dans lequel le frottement du col contre les parois du vagin, l'irritation par des sécrétions viciées, le coït, etc., joueraient un rôle essentiel ?

Pense-t-il qu'il n'y a pas, dans cette septicémie du début, et dans l'évolution ultérieure des processus de cicatrisation secondaire, les éléments suffisants d'une inflammation persistante de la muqueuse ? Il faut le croire, car sans cela l'opération qu'il préconise serait inacceptable. Il faut, dis-je, qu'Emmet pense que les conditions pathogéniques de l'élément *métrite*, ce qui équivaut à : érosion, sécrétion muco-purulente, etc., sont extérieures et locales, puisqu'il en propose la suppression par la *trachélorrhaphie*.

Or, si cette opération restaure la forme du col, elle n'en renferme

pas moins la lésion dans l'organe, pour, d'*extérieure* qu'elle était, la faire *intérieure*. La doctrine d'Emmet, envisagée de la sorte, devient très attaquable. Il n'est pas prouvé, pour moi, qu'une fois le col fermé et la muqueuse herniée réintégrée, par le fait même de l'opération, dans son habitat naturel, le conduit cervical..., l'endométrite soit guérie. De nombreux exemples m'ont fourni la preuve du contraire. J'ai pratiqué, à mes débuts, des trachélorrhaphies inutiles, et j'ai vu le col rester malade, même après la restauration parfaite de la forme.

En ce qui concerne l'*origine* de l'inflammation de la muqueuse, M. Bouilly ne se croit pas en mesure de dire : « quel est le mécanisme de cette endométrite et de l'ulcération consécutive... « Cependant il se prononce assez catégoriquement, avec la confiance, sans doute, que lui inspire son observation personnelle : « Je suis bien près, dit-il, de ne voir dans cette endométrite que le résultat d'un degré atténué d'infection puerpérale. » Il y ajoute les troubles d'involution : « Comment, à la suite, se produit l'ulcération ?... Je ne saurais le dire. Toujours est-il qu'elle est intimement liée à la métrite. »

J'aurais été heureux de voir M. Bouilly s'engager plus résolument dans l'interprétation qu'il préfère à coup sûr. Car, enfin, dans l'histoire anatomique et clinique que je viens d'esquisser, de la déchirure compliquée (puisque *non réparée* du col), l'élément inflammatoire apparaît avec la cause qui le produit.

Quelles objections peut-on faire à ma manière de voir ?

Qu'il y a des déchirures qui ne se cicatrisent pas, uniquement par suite de leur étendue et sans qu'il soit besoin d'une infection, les conditions mécaniques suffisant... ? Emmet adopte la possibilité du fait, mais comme une éventualité rare. Je veux bien l'accepter aussi.

Je crois cependant que si cette variété de traumatisme non compliqué d'inflammation puerpérale existe, elle constitue la petite part des affections du col. On est même en droit de se demander si la déchirure *aseptique* seule, a jamais été l'occasion d'un trouble réel. J'ai pratiqué souvent la division du col pour de petits myomes. J'ai vu des malades opérées par Gusserow, en vue de la cure de la stérilité, garder le col largement fendu jusqu'aux culs-de-sac latéraux, sans se plaindre d'un trouble quelconque. Je

crois, en somme, que la réparation rapide et favorable de la lésion traumatique *simple* doit être le fait habituel. — Et cette réparation doit être *l'épidermisation* de la portion de la muqueuse intra-cervicale mise à nu par la division du col.

Si, au lieu d'admettre l'intervention d'une cause septique primitive, Emmet s'en fût tenu uniquement au fait de la lésion traumatique, avec la déformation plastique et les troubles irritatifs simples qu'elle entraîne, la question se fût simplifiée. L'adoption de cette idée, de première importance, on le comprend, justifiait pleinement la trachélorrhaphie ; à une condition cependant, c'est que *l'endométrite n'existât pas*. Or, l'endométrite existe et si on la conteste comme primitive et contemporaine du processus de cicatrisation vicieuse, c'est-à-dire inflammatoire, on ne saurait refuser qu'elle puisse être la conséquence d'une inflammation secondaire propagée au col pendant la période de réparation ou de transformation de la muqueuse.

Il en résulte toujours que si l'on opère la trachélorrhaphie, alors que les phénomènes habituels de l'affection, déchirure, métrite, éversion, etc., existent au complet, on aboutit au même résultat que lorsqu'on opère sur le col infecté primitivement pendant la période puerpérale : on corrige la déformation, mais on ne supprime pas l'inflammation.

J'accepte l'intervention, j'en suis partisan, mais il faut la raisonner, et surtout faire un choix judicieux. L'opération ne peut naturellement être justifiée que par quelque motif plausible, et je suppose bien que tout gynécologue veut se décider d'après des considérations sérieuses ; or, ce motif ne pourrait être raisonnablement fourni que par l'existence des symptômes habituellement liés à la métrite, c'est-à-dire l'élément inflammatoire, et non pas l'élément plastique de la déformation. La situation sera donc, on peut dire toujours, la même pour l'opérateur : ou il opère inutilement une déchirure non compliquée d'inflammation, qui ne gêne pas la malade — ou son opération est insuffisante, s'il y a métrite.

J'en conclus que la trachélorrhaphie est une opération qui ne peut viser rationnellement que la restauration plastique de la forme du col, résultat dont je ne songe pas à nier l'importance, mais qui manque le principal but, la guérison de la métrite.

Si j'appuie avec conviction l'opinion de M. Bouilly sur l'origine

septique puerpérale probable de la métrite, et je suis à même de le faire avec un nombre imposant de faits observés par moi-même, je ne partage pas les mêmes hésitations sur le mécanisme du *processus* de ce qu'il persiste à appeler l'ulcération. Toutefois il suffit pour le présent, qu'il y ait accord sur ce point, qu'il s'agit bien de la muqueuse intra-cervicale malade, herniée, et non point d'un processus ulcératif vrai.

Je dois me renfermer dans les éléments principaux de cette dissertation tout à fait sommaire. On devine que si j'arrivais à conclure, je me prononcerais volontiers contre l'opération d'Emmet, mais ce n'est pas le lieu, ni le moment.

J'ai fait la trachélorrhaphie très souvent, et je dois dire que je ne compte plus guère sur cette opération pour guérir l'élément métrite. Je cherche toujours à combiner des procédés divers pour arriver à mon but.

Ce but c'est 1° la disparition des *symptômes*, puis 2° la destruction des *processus morbides*.

Ces *symptômes* sont : la *douleur*, la *leucorrhée*, les *inflammations péri-utérines et para-utérines* à forme récidivante.

Les *processus morbides* permanents sont : les *nodules cicatriciels*, les *inclusions glandulaires* à ce niveau, — (cicatrices et kystes folliculaires se retrouvent parfois dans la portion sus-vaginale de la paroi cervicale) — d'où la nécessité d'abraser très haut le tissu atteint, les noyaux de *paramétrite* juxta-cervicale, *la périmétrite*, enfin la *métrite*, caractérisée surtout par *l'ectropion* de la muqueuse malade.

Dire comment les symptômes se juxtaposent aux lésions.

Rapporter la *douleur* à l'irritation de la muqueuse cervicale par le contact de la paroi vaginale, du doigt qui explore, du tampon, par le coït, etc., etc. ; la rapporter aux tiraillements des travées fibreuses des angles de la déchirure (cicatrices douloureuses), ou des filets nerveux inclus dans le noyau de paramétrite, quand il existe..., à l'évolution lente et pénible d'un kyste glandulaire dans une coque hypertrophiée ou au sein d'une gangue de sclérose ;.... attribuer la *leucorrhée* au catarrhe endométritique persistant ;.... montrer que les noyaux de *paramétrite* sont entretenus par l'évolution intermittente de ces follicules semés de germes phlogogènes, dès le début de l'affection et évoluant en véritables petits

abcès... — attribuer un mécanisme analogue à la *périmétrite* ou la rattacher à l'extension de la lésion par la voie muqueuse, en un mot, rendre la métrite responsable des phénomènes inflammatoires, et les cicatrices des phénomènes douloureux....; ajouter à tout cela les symptômes qui relèvent des troubles d'involution, de circulation ou d'équilibre....

C'est dans cet esprit à peu près que je conçois le cadre de l'affection telle qu'il me serait possible de la présenter, dans sa forme la plus complète.

Mais ce cadre est souvent et fort heureusement incomplet. La déformation seule (éversion), et l'ectropion inflammatoire existent.

Quoi qu'il en soit, dans les formes les plus compliquées, la destruction des cicatrices fibreuses est la condition *sine qua non* de la guérison. Il est nécessaire de fouiller le tissu utérin jusqu'à ce que toute masse indurée et malade ait disparu.

Dans les formes les plus simples, comme dans les précédentes, guérir la métrite aussi bien dans sa partie visible, ectropion, érosion.... que dans sa partie cachée, endométrite intra-cervicale, et rendre au col une forme appropriée à sa fonction physiologique autant qu'à l'intégrité de la statique utérine, tel est le but à atteindre.

Je ne veux pas m'étendre sur tous ces points de la thérapeutique cervicale, mais il me restera à envisager une autre série de considérations d'une importance de premier ordre pour le traitement.

NOVEMBRE 1888

DE LA MÉTRITE CERVICALE

Étude anatomo-pathologique de l'inflammation chronique du col utérin.

En collaboration avec M. le Dr Mangin (*de Marseille.*)

L'une des questions les plus intéressantes pour la pratique et les plus discutées en gynécologie, est certainement celle des *inflammations du col de l'utérus*.

Il n'est pour ainsi dire pas de gynécologue autorisé qui n'ait risqué une théorie pour tenter d'expliquer les phénomènes observés. Et jamais plus qu'ici, peut-être, l'influence des opinions reposant sur des bases erronées n'a produit des résultats plus déplorables en entraînant à des traitements souvent plus nuisibles qu'utiles.

Les conceptions multiples de la pathogénie de ces affections et l'interprétation différente des lésions observées ont, pendant de longues années, fait regarder ces inflammations comme insignifiantes par les uns, comme incurables par les autres.

Nous verrons que la connaissance exacte de l'anatomie et de la physiologie pathologique de l'utérus, une pathogénie rationnelle, appuyée sur l'examen microscopique des organes malades à divers degrés et sur l'évolution clinique des lésions, conduisent à une thérapeutique mieux entendue.

Il semble cependant que, depuis quelques années, l'accord veuille

se faire sur cette question, du moins à l'étranger, car en France elle est encore pendante, et la plupart des médecins restent imbus des théories anciennes.

1re PARTIE

APERÇU HISTORIQUE

Avant Récamier, les inflammations du col de l'utérus étaient pour ainsi dire méconnues. On englobait, dans les mêmes descriptions, les lésions inflammatoires du col et celles du corps ; aussi nous semble-t-il inutile de remonter au-delà de cette période dans notre exposé historique des diverses théories émises sur ce sujet.

On peut dire que la description des affections cervicales de l'utérus ne date que de l'époque de l'emploi courant du spéculum. Dans l'engouement des premières années, pour l'usage de cet instrument, on n'utilisa que lui comme moyen d'exploration, aussi décrivit-on de nombreuses variétés de lésions inflammatoires du col dont on fit autant d'entités morbides.

Les classifications arbitraires et basées si diversement furent un des premiers sujets de discussion.

C'est ainsi que Récamier, Lisfranc, Duparcque, Marjolin ont décrit des *érosions* du col, des *ulcérations* simples, fongueuses, papillaires ou granuleuses, toutes maladies différentes ayant leur symptomatologie et leur étiologie spéciales.

Ces ulcérations, ces érosions devinrent le fait dominant de la pathologie utérine, le point de départ, c'est-à-dire la lésion initiale, de toutes les métrites du corps et du col, la cause de la leucorrhée et de l'hémorrhagie, et vers elles seules devait se diriger le traitement : *en guérissant l'ulcération, on guérissait le catarrhe.* Et si, ultérieurement, on constatait d'autres symptômes : acné, kystes, végétations, polypes, etc... à la surface du museau de tanche, on croyait avoir affaire à une maladie différente dont on

ne saisissait aucunement la relation avec l'affection précédente. De l'anatomie pathologique, on n'en parlait pas.

Un peu plus tard, une réaction s'opère. Mme Boivin, Velpeau, Gibert (1), puis Bennett (2), Gosselin (3), etc., prétendent au contraire que l'ulcération du col n'est pas une entité morbide, qu'elle n'est qu'un processus accompagnant toujours une inflammation interne.

Nous voyons naître, avec ces auteurs, une conception plus large et plus juste de l'inflammation du col utérin. Il est à croire que les échecs thérapeutiques répétés ont dû puissamment aider à cette réaction. On comprend, en effet, qu'après avoir vu des ulcérations de la muqueuse externe du col guérir aisément et la maladie persister néanmoins, puis de nouvelles ulcérations apparaître et disparaître avec la même facilité... ; tandis que, à l'intérieur, la muqueuse se laissait deviner, sinon voir, encore malade, tuméfiée, rouge, fongueuse, les gynécologues de l'époque ne pouvaient plus accepter les données traditionnelles.

La doctrine des inflammations du col changeait d'aspect, mais en s'élargissant, elle n'en conservait pas moins à l'ulcération, ou à la prétendue ulcération, un rôle prédominant, tant au point de vue anatomo-pathologique qu'au point de vue clinique.

C'est à ce même point de vue que nous allons maintenant poursuivre l'étude des processus pathologiques de la muqueuse, en concentrant surtout notre attention, nos critiques et nos recherches sur le phénomène pathologique de l'*ulcération*.

Nous pouvons distinguer *historiquement* deux périodes successives.

a) Dans la première période, nous verrons la nomenclature et les dénominations diverses dépendre toutes des caractères extérieurs de la lésion, caractères constatés à l'aide de la vue ou du toucher ; nous pouvons même ajouter, à l'aide des premières recherches microscopiques.

(1) Gibert. Ulcérations du col de la matrice, abus du spéculum dans le traitement de cette maladie. *Revue médicale de Paris*, 1837, T. IV, p. 321.

(2) Bennet. *Traité pratique de l'inflammation et de l'ulcération du col de l'utérus* traduit par Aran, Paris, 1850.

(3) Gosselin. De la valeur symptomatique des ulcérations du col utérin *Arch. gén. de méd.*, T. II, p. 128, Paris, 1843.

Le progrès que l'on aurait pu attendre de ce genre d'investigations ne fut pas aussi satisfaisant qu'il aurait pu l'être. La raison en est dans ce fait que les anatomistes firent porter exclusivement leurs études sur des pièces recueillies aux autopsies, dont la plupart des caractères pouvaient être, à tort ou à raison, attribués à des altérations cadavériques. En sorte que, par un hasard assez singulier, un certain nombre de faits vrais restèrent dans l'ombre, pendant que quelques erreurs prirent naissance, la plupart desquelles semblaient confirmer les doctrines appuyées jusqu'alors sur les données microscopiques.

Ainsi, tandis que l'ectropion était impossible à découvrir après la mort, la macération de la muqueuse cervico-vaginale permettait, par contre, de saisir sur le fait une sorte d'érosion papillaire due, non pas à la destruction *inflammatoire* de la couche cornée de l'épithélium, mais à la destruction *cadavérique* de cette même couche.

b) Dans la seconde période, nous verrons naître, avec le traitement chirurgical, des notions précises sur les lésions histologiques révélées par l'examen des pièces fraîches excisées sur la femme vivante.

Cette seconde période marque son début par une importante constatation clinique, qui est le complément des idées acceptées généralement alors, à savoir que : dans l'ulcération, l'apparition de la muqueuse intra-cervicale à l'extérieur, autrement dit l'*ectropion*, a une part importante (Mayer et Scanzoni).

En même temps, vient la donnée nouvelle de l'influence du *traumatisme* de l'accouchement qui a pour conséquence, en déchirant latéralement le col, d'agrandir son orifice externe et de rendre plus ou moins indépendantes ses deux lèvres, ce qui facilite leur renversement, *éversion* et, du même coup, l'apparition à l'extérieur de la muqueuse *intra-cervicale*.

La doctrine de l'*ectropion* se combine donc ici à celle de l'*éversion* causée elle-même par la *déchirure*. C'était au tour des histologistes de rechercher le départ exact des lésions, de fixer le siège du processus dit ulcératif ou érosif sur l'une ou l'autre muqueuse (muqueuse *intra-cervicale*, muqueuse *vaginale du col* ou muqueuse *cervico-vaginale*), et de montrer enfin la série des lésions secondaires capables de se greffer sur le processus primitif.

Ces diverses tentatives, aussi bien que la transformation de la thérapeutique des lésions du col ont lieu exclusivement en Allemagne.

Emmet, en Amérique, étend et complète la donnée de l'influence du traumatisme.

Les opinions des histologistes ne sont pas absolument concordantes, et nous aurons besoin pour asseoir solidement notre propre description de les exposer avec détails.

c) — Enfin, pour compléter cette étude historique, nous citerons les quelques auteurs qui, en France, ont accepté ou tenté de contrôler les doctrines courantes en Allemagne.

Nos propres recherches viendront naturellement à la suite de cet exposé.

Exposé succinct des recherches anatomiques sur les inflammations chroniques du col

Bennet (1) ne décrit pas de formes spéciales et variées ; il assimile l'inflammation du col de l'utérus à celle d'un autre organe. Cette inflammation peut entraîner, par irritation, la formation d'une ulcération qui peut présenter toutes les formes que la suppuration détermine dans les autres parties du corps, depuis les granulations d'une ulcération légère, jusqu'aux végétations violacées d'un ulcère sordide.

Il a très bien vu l'éversion.

Bennet a aussi eu le réel mérite de considérer aux affections du col une sorte d'individualité, et de les séparer nettement des affections du corps de l'utérus.

Aran (2) décrit des ulcérations granuleuses, fongueuses et variqueuses, et explique la formation de ces ulcérations par les mécanismes suivants :

1° A la suite d'un engorgement, le tissu propre du col, tendu,

(1) Bennet. *Inflammations de l'utérus*. (Traduction de M. Peter, 1864), p. 70 et seq.

(2) Aran. *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*, 1858, p. 497.

boursouflé, semble à l'étroit au sein de son enveloppe membraneuse qui s'amincit et finit par disparaître en laissant à nu les villosités hypertrophiées ;

2° Le col engorgé frotte contre le vagin et s'ulcère ;

3° Il se forme sur le col une éruption de vésicules miliaires qui sont les follicules du col hypertrophiées, puis ces follicules s'ulcèrent. « Rien de plus simple que les ulcérations du col de l'utérus ; elles résultent de la chute de l'épithélium de la muqueuse, et offrent à l'œil nu, sous l'eau principalement, un aspect velouté que la loupe, et à plus forte raison le microscope, montrent être dû à la présence des villosités mises à nu et un peu hypertrophiées. Dans quelques cas, au voisinage de ces ulcérations, une petite éruption de forme vésiculaire, composée de follicules, les uns encore intacts, les autres déchirés à leur sommet, révèle le mécanisme suivant lequel se produit un certain nombre de ces ulcérations, qui résultent de la déchirure de l'épithélium en une seule surface uniformément ulcérée.» Aran, *loc. cit.*

Becquerel (1) distingue dans les inflammations chroniques du col : 1° des lésions de sécrétion ; 2° des lésions de coloration, d'épaisseur et de consistance de la muqueuse ; 3° des granulations; 4° des ulcérations. Pour lui, les granulations de la métrite chronique sont analogues à celles qui se développent sur le pharynx, elles sont constituées par l'hypertrophie des glandes muqueuses. Becquerel, comme tous ses contemporains, semble admettre l'existence de glandes, à l'état normal, sur la muqueuse vaginale du col. Pour lui, comme pour Bennet, l'ulcération succède au ramollissement inflammatoire de la muqueuse et, dans certains cas, à la destruction des granulations.

Pour **Huguier** (2) les ulcérations reconnaissent toujours la même origine : *l'inflammation des follicules* de la membrane muqueuse ; il a décrit une folliculite *granuleuse* et une folliculite *ulcéreuse*, première étape des ulcérations végétantes, fongueuses, calleuses.

(1) Becquerel. *Traité des maladies de l'utérus.* Paris, 1859. De la métrite, folliculeuse. *Un. méd.*, 1860.

(2) Huguier. Œuvres, *Hypertrophie du col*, 1860. *Hystérométrie*, 1865.

Nonat (1) décrit les mêmes formes de métrite externe granuleuse et folliculaire, d'érosion et d'ulcération succédant le plus souvent aux lésions des follicules glandulaires. Pour lui, il y aurait toujours chute de l'épithélium.

Valeix et **Lorrain** considèrent les granulations du col comme identiques aux granulations inflammatoires du vagin, ou semblables aux saillies de l'estomac, dans la gastrique chronique. Pour eux, dans l'érosion, il y a disparition de l'épithélium sur les papilles et, dans certains cas, disparition de ces mêmes papilles et formation d'un ulcère.

Tyler Smith (2) classe de la façon suivante les lésions inflammatoires du col :

1er degré : simple anneau rouge.

2e degré : érosion et exposition partielle des papilles ayant perdu leur épithélium, les sécrétions étant muqueuses ou purulentes.

3e degré : ulcération superficielle, avec destruction des papilles : c'est l'état granuleux du col.

4e degré : hypertrophie en crête de coq, description qui répond à celle de l'ectropion végétant.

La plupart des auteurs anglais ou allemands suivirent les idées de Tyler Smith.

Barnes cite les mêmes formes en y ajoutant cependant la description d'une forme papillaire d'origine puerpérale, dans laquelle les papilles sont mises à nu par la macération des épithéliums.

On peut considérer que la période de progrès débute à **Mayer** et **Scanzoni**. Ces auteurs commencent à faire jouer un rôle assez important à l'*éversion* des lèvres du col et à l'*ectropion* de la muqueuse.

Carl Mayer (3) décrit trois variétés d'érosions.

(1) Nonat. *Traité des maladies de l'utérus*, 1875.

(2) Tyler Smith. *Pathologie et traitement de la leucorrhée*, Londres, 1859.

(3) Carl Mayer. *Vortrag über erosionen, excoriationen und geschürsformen der schleimhaut des cervikal kanals und der muttermundslippen.* Berlin, 1860.

a) La première forme est constituée par le gonflement et l'érosion de la muqueuse intra-cervicale, avec extension assez rare à la muqueuse vaginale du col, qui se produisent à la suite de l'endométrite chronique ou de l'inflammation chronique du canal cervical. Cette lésion, qui amène une sorte d'éversion, se rencontre surtout chez les femmes ayant eu des enfants.

Au spéculum, dans ces cas, on voit un anneau bordant l'orifice externe du col, présentant une couleur rouge et un aspect finement granulé, rappelant la fraise écarlate.

b) La deuxième forme de l'érosion est constituée par l'excoriation et l'ulcération folliculeuse du canal cervical. Il l'a décrite sous le nom de *folliculite*.

Celle-ci peut présenter trois états différents :

1° Formation kystique (œufs de Naboth) lente, puis transformation purulente du contenu et formation d'ulcérations folliculaires arrondies.

2° Les follicules se développent peu, restent de la grosseur de grains de millet, avec un contenu peu abondant et une surface indurée ; ils ne subissent pas de transformation ultérieure.

3° Formation kystique très développée. Kystes mous à parois minces, pédiculisés (polypes muqueux).

c) La troisième forme de Mayer est l'érosion papillaire produite par la dénudation des papilles de la couche épithéliale pavimenteuse, forme relativement assez rare.

Ainsi, Mayer a bien vu l'éversion ou l'ectropion de la muqueuse intra-cervicale venant s'étaler à la surface externe du col ; mais il admet, comme tous les auteurs précédents, la chute de l'épithélium. La seule différence est que, pour lui, c'est l'épithélium cylindrique qui tombe et non l'épithélium pavimenteux.

Scanzoni (1), dans sa description des lésions inflammatoires du col, suit à peu près Mayer ; toutefois il trouve que Mayer a exagéré un peu le rôle de la muqueuse intra-cervicale. Il n'admet l'ectropion que chez les femmes ayant eu des enfants, et considère la plupart des érosions comme liées intimement aux changements de l'utérus pendant l'état puerpéral.

Dans certains cas, les formations kystiques, observées dans la

(1) Scanzoni. *De la métrite chronique*. Trad. de Sieffermann, Paris, 1866.

métrite chronique du col, sont dues à la persistance de l'hypertrophie glandulaire observée dans la grossesse.

Aux différentes formes de Mayer, Scanzoni ajoute une ulcération aphteuse pouvant être confondue avec l'érosion folliculeuse, mais qui serait de nature différente ; il ne s'étend pas toutefois sur la pathogénie de cette lésion.

Scanzoni considère les érosions comme étant, le plus souvent, de nature papillaire, à l'encontre de Mayer qui ne croit qu'à leur origine folliculaire.

Le rôle de l'ectropion, comme cause principale des lésions externes du col, a surtout été étudié par **Emmet** (1). « Toute une génération de médecins, dit cet auteur, a été trompée par cette étiquette : inflammation chronique et ulcération de l'utérus, conditions dont l'examen microscopique n'a pu encore démontrer la réalité. »

Emmet (2) fait jouer à la déchirure un rôle considérable dans la production des lésions. L'érosion n'est pour lui que l'étalement au dehors de la muqueuse intra-cervicale après déchirure du tissu musculaire.

Cet ectropion est en général augmenté et fixé en place par l'inflammation qui, la plupart du temps, suit ces déchirures.

La muqueuse intra-cervicale exposée dans le vagin, s'enflamme, les glandes se ferment, deviennent kystiques, s'ouvrent ensuite par éclatement, se referment, s'ouvrent de nouveau et, après une série d'alternatives semblables plus ou moins nombreuses, finissent par disparaître.

La conclusion qu'il tire de sa théorie, beaucoup trop exclusive, est que l'on doit réparer tout col déchiré et que cette opération suffit à guérir ou à prévenir toute lésion des glandes du col. Il ne voit pas que le processus kystique peut se produire tout aussi bien dans le canal cervical qu'à l'extérieur, et qu'il ne fait que masquer la lésion en refermant le col malade.

(1) Emmet. *La pratique des maladies des femmes.* Trad. d'A. Olivier, Paris, 1887.

(2) Emmet. *Surgery of the cervix* (*Amer. Journ. of obst., febr.*, 1869). *American journ. of obst.*, nov. 1885. *American practitioner Indianopolis, ind. janv.* 1877.

Enfin il ne parle pas des ulcérations chez les nullipares, chez les vierges, ni chez les nouveau-nés, faits qui infirment beaucoup sa théorie.

On ne doit pas nier cependant l'importance des travaux d'Emmet ; il a commencé à faire le jour sur les lésions du col et à proposer un traitement chirurgical, incomplet il est vrai dans beaucoup de cas, mais de beaucoup préférable aux anciens traitements.

Gaillard Thomas (1) s'étend fort peu sur cette question des ulcérations et des dégénérescences kystiques du col ; il les sépare de l'endométrite du col, et en fait trois affections distinctes. Il admet les idées d'Emmet sur la déchirure du col produisant l'éversion de la muqueuse et la formation d'une pseudo-ulcération, mais ne considère la déchirure que comme une cause accessoire qu'il met presque sur le même rang que les déplacements de l'utérus, que l'endométrite, la leucorrhée vaginale, etc., comme causes productrices de ces lésions.

La dégénérescence granuleuse résulte d'un des trois états pathologiques suivants :

1° Chute de l'épithélium et érosion des villosités (abrasion, destruction des papilles) ;

2° Chute de l'épithélium et hypertrophie des villosités et quelquefois des vaisseaux (ulcères variqueux) ;

3° Eversion de la membrane muqueuse du col.

Nous arrivons maintenant aux travaux les plus importants sur cette question, travaux qui ont lieu exclusivement en Allemagne et qui sont dus à Ruge et Veit, Fischel, Schrœder.

Le mémoire de **Ruge** et **Viet** a été le point de départ d'une théorie nouvelle qui tend aujourd'hui à être admise presque intégralement par la plupart des gynécologues étrangers ; aussi nous étendrons-nous longuement sur les idées émises par ces deux auteurs.— Cette théorie bat en brèche toutes les vieilles théories

(1) Gaillard Thomas. *Traité clinique des maladies des femmes.* Trad. de Lutaud, 1887.

sur l'érosion, et s'appuie sur ce que les descriptions anciennes faites d'après les pièces anatomiques recueillies sur le cadavre, diffèrent de ce que l'on rencontre sur les pièces fraîches obtenues chirurgicalement.

1° Dans l'*érosion*, une couche épithéliale continue revêt la surface de la muqueuse, prétendue érodée, là où l'on croyait avoir la certitude de la chute de l'épithélium tout entier.

2° Les opinions divergentes sont nées de ce que les auteurs ont pris, pour leurs études, des bases différentes : les uns ont étudié des cols de nouveau-nés, d'enfants, ou d'adultes nullipares, — tandis que les autres ont étudié le col des femmes ayant eu des enfants. Or la muqueuse est absolument différente d'aspect dans ces deux conditions opposées.

3° La caractéristique de toute érosion est :

a) — le renversement en dehors de la muqueuse interne du col recouverte de son épithélium cylindrique, *ectropion* d'une part, et,

b) — la transformation de la couche basale de l'épithélium pavimenteux de la muqueuse externe ou vaginale du col en épithélium cylindrique proliférant, d'autre part.

a) — *Muqueuse interne du col.* Les cryptes cupuliformes de la muqueuse en éversion sont augmentées encore de profondeur par le fait de l'inflammation qui amène le gonflement, le boursouflement de la muqueuse et la prolifération de son épithélium ; d'où la production, dans quelques cas, de l'aspect *papillaire* ou *villeux* (Variétés des anciens). — Les prétendues papilles ne sont que des replis saillants de la muqueuse. Le plus souvent l'aspect papillaire est dû à ce que les conduits glandulaires très longs, parallèles, limitent des travées intermédiaires, disposées aussi parallèlement, et ressemblant à des papilles.

L'épithélium qui recouvre ces *pseudo-papilles* est bien un épithélium cylindrique, et non, comme on le croyait auparavant, *la couche basale cylindro-cubique* persistante de l'épithélium pavimenteux (épiderme) dont les couches superficielles seraient tombées par suite du processus ulcératif.

La paroi de ces cryptes, de ces dépressions en doigt de gant, est revêtue, dans sa partie profonde d'un bel épithélium cylin-

drique, transformation de l'épithélium cylindrique de revêtement, qui devient sécrétant (caliciforme) dans la profondeur.

Ainsi se forme une variété de *néoglandes* que l'on trouve dans la *partie externe* du col. Que ces glandes viennent à s'oblitérer, et l'on a les transformations folliculaires, kystiques, etc., suivant le degré de la lésion.

b) — *Muqueuse externe du col.* Ce deuxième processus occupe, non la muqueuse intracervicale éversée, mais la muqueuse *cervico-vaginale.*

Pour Ruge et Veit, la disposition de l'épithélium cylindrique sur l'érosion de la muqueuse *cervico-vaginale*, se montre de la façon suivante : « Si l'on observe la surface de la muqueuse, à partir de la muqueuse vaginale saine vers la partie érodée, c'est-à-dire du vagin vers l'orifice cervical, on constate que tantôt la limite entre l'épithélium plat de l'épiderme normal et la couche d'épithélium cylindrique qui revêt l'érosion est nette et tranchée. Tantôt il y a des formes intermédiaires qui marquent le passage de l'une à l'autre variété d'épithélium.

Dans le premier cas (érosion à pic), sur la ligne de démarcation, la couche d'épithélium plat est épaissie et les papilles sont plus grosses. A l'endroit même où l'érosion commence, les papilles disparaissent : l'épithélium plat cesse brusquement et la couche basale *cylindro-cubique* du réseau de Malpighi devient plus nette. Les cellules de cette couche s'allongent, augmentent de volume, s'isolent mieux les unes des autres, se montrent plus nettement indépendantes et constituent le nouvel épithélium de revêtement.

Cette transformation s'accentue de la périphérie vers le centre de l'érosion. La mise à nu de la couche profonde des cellules, dite couche basale de l'épiderme du col, s'explique par ce fait que toute irritation inflammatoire portant sur le col, affecte de préférence les cellules du réseau de Malpighi, plus vivaces et plus susceptibles de réagir. Elles se gonflent et prolifèrent assez activement pour que la stratification n'ait pas le temps de se produire, tandis que la desquamation de la couche cornée s'opère, laissant aussi à nu la couche des cellules *cylindro-cubiques*, couche profonde ou basale.

Cela fait, les saillies papillaires disparaissent presque complètement et la surface de cette nouvelle couche est d'abord *lisse.*

Mais bientôt des dépressions et des plis saillants se forment, des invaginations, tantôt creuses, en forme de bouteilles, tantôt pleines (bourgeons épithéliaux pleins), destinées à former de nouvelles glandes, se dessinent au-dessous de la couche basale. « *Ainsi*, nous disent Ruge et Veit, *tandis que le caractère du réseau de Malpighi avait été jusqu'alors de produire et de repousser à la superficie des cellules stratifiées d'épithélium plat, elles vont maintenant donner naissance à des bourgeons et des prolongements dirigés vers la profondeur et amener la formation de glandes dans la muqueuse vaginale du col.* » Ces glandes néoformées revêtent tous les caractères des glandes du col. Elles se tapissent, comme elles, d'un épithélium caliciforme, et donnent lieu à une sécrétion de mucus analogue.

L'érosion *folliculaire*, variété caractérisée par un semis de follicules saillants, arrondis, kystiques, se développe dans l'*érosion vraie* où siègent ces glandes de nouvelle formation, de la même façon que sur la muqueuse intra-cervicale éversée de la *pseudo-érosion*, qui contient normalement des glandes et par le même processus : étranglement et oblitération des conduits, dilatation kystique des culs-de-sac par rétention des sécréta.

L'érosion papillaire (autre variété) correspondant à ce qu'on regardait autrefois comme l'hypertrophie des papilles dénudées du derme de la muqueuse cervico-vaginale, est caractérisée par un plissement régulier de la couche basale, formant des noyaux glandulaires profonds et des travées intermédiaires pleines, parallèles comme les pieux d'une palissade. C'est l'analogue en somme de la *pseudo-érosion* papillaire (*a*). La profondeur des culs-de-sac des néoglandes fait la hauteur des travées intermédiaires des pseudo-papilles.

Aussi, les formations papillaires n'auraient rien à voir avec les véritables papilles de la muqueuse vaginale du col. On ne retrouverait l'hypertrophie de celles-ci que dans certaines formes de végétations dendritiques de la portion externe du col.

Pour prouver cliniquement que l'érosion n'existe pas telle qu'on la comprenait autrefois, les auteurs montrent que l'état des sécrétions suffit à donner la preuve de l'*existence d'une couche épithéliale*. Ces sécrétions, très abondantes, filantes, ne peuvent être

fournies que par un épithélium sécrétant ; une ulcération ne pourrait donner que du pus.

Ruge et Viet expliquent la présence de follicules, dans le voisinage de l'érosion, par le fait que les glandes les plus rapprochées de la muqueuse saine, limitrophe de l'érosion, s'oblitérant, se développent en se portant obliquement en dehors et viennent faire saillie sous la couche épidermique de cette zone limitrophe.

Schrœder expose de la façon suivante l'anatomie pathologique de la métrite cervicale.

1° Endométrite ou catarrhe simple : tuméfaction et congestion de la muqueuse enflammée — hypersécrétion.

2° Endométrite chronique caractérisée par la végétation de l'épithélium cylindrique. La muqueuse cervicale interne augmente en surface. Cette augmentation est le résultat de plusieurs causes qui ne coexistent pas toujours.

a) — Multiplication des cellules épithéliales.

b) — Ectropion (1). Schröder explique ce que nous appelons ectropion de la façon suivante : L'épithélium cylindrique en prolifération, chasse devant lui, plus ou moins loin, l'épithélium pavimenteux vaginal (2), c'est ce qu'il explique par cette phrase, traduction de Lauwers : « dans certains cas l'épithélium cylindrique du col s'avance au-dessous de l'épithélium pavimenteux du vagin ou le refoule de côté pour le décoller et se mettre à sa place », ce qui, paraphrasé, veut dire : refoule et remplace par une sorte de progression ondulatoire qui fait reculer la couche épithéliale pavimenteuse sans la faire tomber.

L'épithélium pavimenteux se desquame et il reste seulement la couche basale des cellules indifférentes qui deviennent cylindriques et sécrètent.

Telles sont les trois causes de l'augmentation en surface et de l'apparition extérieure de la muqueuse cervicale.

(1) Nous entendons ici par ectropion de la muqueuse cervicale, la progression excentrique de cette muqueuse.

(2) Il est difficile de comprendre cette fuite de l'épithélium pavimenteux devant la hernie de la muqueuse ; il est plus exact d'attribuer à l'éversion progressive des lèvres du col, cette part dans l'augmentation de la surface morbide.

En résumé :

1° Hypergenèse de l'épithélium cylindrique.

2° Refoulement de l'épithélium pavimenteux.

3° Desquamation de l'épithélium pavimenteux et transformation cylindrique de sa couche basale.

Schroeder, dans cette pathogénie, accepte la prédominance de l'hypergenèse de l'épithélium cylindrique et du derme muqueux, d'où :

1° formation de replis muqueux ;

2° néoformations glandulaires souvent très profondes.

Nous venons de tracer ici, d'après cet auteur, le mécanisme général de l'ulcération du col, suivant la terminologie française (synonymes : érosions, granulations, etc.).

Il explique les variétés anatomiques et les divers aspects macroscopiques de la façon suivante :

a) — S'il n'y a que substitution, par l'un des mécanismes précédents, de l'épithélium cylindrique à l'épithélium pavimenteux (lésion surtout en surface), c'est l'*érosion simple.*

b) — Si l'hypergenèse du derme et de l'épithélium cylindrique muqueux est considérable et s'il y a abondance de néoformations glandulaires (lésions en profondeur), c'est l'*ulcération papillaire.* Ce mot papillaire, comme l'auteur l'indique, n'est point approprié à la lésion, car, malgré l'apparence, il ne s'agit point de saillies papillaires néoformées, et séparées par des enfoncements, mais d'enfoncements réels délimitant entre eux des saillies, offrant à la coupe l'aspect de papilles vasculaires.

Martin (1) admet en partie les idées de Ruge et Veit ; il nous dit que dans le catarrhe chronique du col, l'épithélium cylindrique enflammé prolifère, que la muqueuse elle-même s'hypertrophie, se gonfle et fait saillie en dehors, en formant des plis ; que l'épithélium plat se transforme peu à peu en épithélium cylindrique qui, dans certains cas, peut aller jusqu'aux limites du vagin, les surfaces sécrétantes prennent un développement considérable, les replis de la muqueuse formant autant de glandes.

Martin admet les mêmes formes d'érosion que *Ruge et Veit.*

(1) Martin. *Traité de gynécologie.*

Pour lui, l'aspect de l'érosion papillaire est donné par le tissu cellulaire interglandulaire. Les canaux des glandes sont rangés parallèlement en forme de palissade, d'où l'aspect papillaire.

Rien de particulier à noter pour l'érosion folliculaire.

Ces inflammations glandulaires ne vont pas sans une inflammation concomitante des stromas muqueux et musculaire qui se remplissent de cellules rondes.

Pendant plusieurs années, on s'en est tenu, en *Amérique*, aux idées d'Emmet ; — les travaux de Ruge et Veit, de Fischel et de Schröder y ont eu fort peu de retentissement jusqu'à il y a quelques mois.

Cushing, de Boston (1), s'est fait le propagateur de ces théories.

Comme Ruge et Veit, Cushing admet la formation de nouvelles glandes aux dépens de la couche profonde du réseau de Malpighi, glandes qui peuvent s'étendre à la surface externe de la portion vaginale où cet auteur semble admettre normalement quelques glandes. Il considère ce processus de néoformation glandulaire, en quelque sorte comme *le premier degré du cancer*.

Cushing a repris les faits de Ruge et Veit, les a contrôlés et arrive, à peu de chose près, aux mêmes conclusions ; toutefois il trouve excessive l'opinion de ces auteurs qui considèrent l'érosion comme étant toujours de nature glandulaire.

Il discute aussi assez longuement la question du début du cancer, mais sans arriver à un résultat précis, à des conclusions nouvelles. L'inflammation chronique du col doit être considérée pour lui comme cause prédisposante, aussi doit-on guérir ces lésions le plus tôt possible. Quant au diagnostic, lorsque l'on soupçonne le cancer, on en est réduit à enlever un morceau de l'organe et à faire l'examen histologique.

Les notions classiques de l'école gynécologique de Berlin (Schröder et ses élèves..., Martin etc. ont commencé à recevoir

(1) Cushing. *Annals of gyn.*, octobre 1887. Sur les érosions du col de l'utérus, leur pathologie et leur traitement.

quelques atteintes plus sérieuses des travaux d'un gynécologue de Prague.

Fischel, dans les *Arch. für Gynaek.*, tome XV, s'étend longuement sur la pathogénie des ulcérations du col. Comme quelques-unes de ses opinions présentent un caractère de nouveauté assez marquant, nous donnerons une extension considérable à l'analyse de ce travail.

Venu après les travaux de Ruge et Veit, le mémoire de Fischel contient une discussion très suivie des idées mises en avant par ces deux auteurs, idées acceptées immédiatement par beaucoup de gynécologues allemands.

Tout d'abord Fischel rejette le fait que l'on ne puisse étudier, comme le prétendent Ruge et Veit, les érosions et les ulcérations sur le cadavre ; toujours il a vu que les préparations fraîches étaient absolument identiques à celles que l'on trouve sur le cadavre. Il prétend que Ruge et Veit n'ont pas eu devant les yeux des cas d'érosion vraie, puisque, dans la lésion qu'ils décrivent comme telle, ils n'ont jamais vu la chute ou la desquamation de l'épithélium, fait à peu près constant à son avis.

Dans l'érosion simple dont il décrit un type parfait, provenant, il est vrai, d'un cadavre de vieille femme (morte de cancer de l'estomac, ce qui fournit malheureusement matière à discussion, il a vu que l'épithélium pavimenteux, stratifié, de la portion vaginale, cessait complètement au niveau de la plaque érodée, et faisait place à une couche unique, mince, d'épithélium cubique s'étendant sur toute la surface malade. Le stroma muqueux était remarquable par sa richesse en capillaires et en cellules rondes, mais ne contenait *aucune trace de glandes*. Fischel décrit aussi une autre érosion simple, prise sur une jeune femme atteinte de blennorrhagie non virulente, présentant, sur son col, une série de petites érosions qui n'atteignaient pas l'orifice externe. Ici l'épithélium pavimenteux conservait partout son épaisseur normale, sauf au point correspondant à l'érosion où il était très aminci et n'était plus formé que par une ou deux couches de cellules sans papilles. En un point même, il y avait un éclatement de la surface épithéliale, et un petit champignon de tissu dépourvu d'épithélium faisait hernie par cet orifice. A un fort grossissement, on constatait que la disparition des papilles du derme, sous l'érosion,

n'était qu'apparente et que ces papilles avaient été étalées sous la pression du tissu sous-épithélial gonflé, fortement infiltré de cellules rondes, tissu qui, en un point, faisait hernie et ressemblait à un bourgeon charnu. *Nulle part on n'a trouvé trace de glandes.*

A la suite de l'étude de ces faits, Fischel a pu arriver à la conception suivante de la pathogénie de l'ulcération :

« Touchée par une excitation vive, une zone circonscrite de la muqueuse entre en inflammation : elle devient très vasculaire et riche en cellules rondes, ce qui explique l'augmentation de volume, augmentation qui, à son tour, rend les papilles plus espacées ; les séparations qui sont entre elles s'effacent peu à peu. Un groupe papillaire se confond en une seule papille, qui est recouverte seulement par les cellules cubiques du réseau de Malpighi, ou par des cellules de la couche cornée. Au point où la tension sera la plus intense, la couche cornée finira par faire délitescence et la pointe de la papille infiltrée de cellules rondes pourra proliférer en toute liberté. Description en tout semblable à celle qui a été donnée par MM. Cornil et Ranvier.

A l'encontre de Ruge et Veit, Fischel soutient donc la vieille théorie de l'abrasion dans l'érosion simple.

La forme clinique de l'érosion simple a été bien décrite par Carl Mayer qui l'a rencontrée chez des femmes et des jeunes filles, mais la considère cependant comme rare et facilement curable, ce qui explique pour Fischel que Ruge et Veit ont pu la chercher longtemps sans jamais la trouver et arriver finalement à la nier.

La caractéristique de l'érosion est la non localisation à l'orifice externe du col. Elle peut tout aussi bien se produire en plein épithélium pavimenteux de la muqueuse externe du col que dans la muqueuse du canal cervical, sur l'épithélium cylindrique, ou encore à la limite des deux muqueuses. Elle peut s'étendre indéfiniment sur toute la surface du col et jusqu'au vagin. On peut rencontrer, dans cette forme d'érosion, toutes les variétés *glandulaires*, mais du conduit cervical jusqu'à l'orifice externe du col seulement, c'est-à-dire au point où l'épithélium cylindrique fait place à l'épithélium pavimenteux.

L'érosion ainsi décrite doit être considérée souvent comme

production accessoire du catarrhe de la muqueuse intra-cervicale. Pour Fischel, c'est *l'érosion simple.*

Quant aux formes d'érosion limitées à l'orifice du col et désignées par Meyer comme *simples*, *papillaires et folliculaires*, elles sont toutes différentes de l'érosion simple. Ce sont ces formes seulement que Ruge et Veit ont vues et qu'ils ont décrites.

Fischel propose de diviser ces formes, suivant leur aspect lisse ou papillaire, en trois classes :

— La première comprendrait *les érosions œdémateuses* correspondant aux formes glandulaires à surface plane. La forme *folliculaire* ne serait qu'une sous-division.

— La deuxième comprendrait les érosions *papillaires.*

— La troisième les érosions mixtes, *œdémato-papillaires.*

Comme type d'érosion œdémateuse, Fischel donne la description suivante :

« L'érosion portait sur une lèvre du col en ectropion. La surface cervicale de la lèvre, siège de l'érosion, était lisse, recouverte d'épithélium cylindrique ; — pas de plissements ni d'enfoncements.

« De cette surface partaient un nombre considérable de glandes en tubes, simples, pénétrant perpendiculairement ou obliquement dans la muqueuse. Ces glandes contenaient peu de mucus et n'étaient par conséquent pas oblitérées. Sous l'épithélium plat de la portion vaginale, on voyait quelques culs-de sac glandulaires *qui manifestement étaient un prolongement des glandes de la portion cervicale.* »

Pour l'*érosion folliculaire*, là où Ruge et Veit voient des néoformations glandulaires formées aux dépens de la couche profonde du réseau de Malpighi de la muqueuse externe du col, Fischel croit à l'extension vers la muqueuse vaginale, des glandes de la muqueuse cervicale interne, dilatées, oblitérées et repoussées jusque sous l'épithélium pavimenteux. Sous l'influence de l'inflammation et de la distension, les kystes font éclater la couche d'épithélium pavimenteux qui les surmonte et leurs parois viennent en partie faire hernie au dehors et constituer l'érosion folliculaire.

Dans la *forme papillaire* de l'érosion, Fischel admet, comme Ruge et Veit, la continuité de l'épithélium cylindrique, mais il

considère les papilles comme de vraies papilles et non, selon la description de ces auteurs, comme des pseudo-papilles délimitées par les canaux glandulaires ; et, comme preuve parfaitement convaincante, il montre qu'en faisant une coupe parallèle à la surface de la muqueuse, c'est-à-dire perpendiculaire aux papilles, les papilles se présentent comme des amas arrondis de tissu cellulaire, bordés d'épithélium cylindrique..... tandis que si l'on acceptait les idées de Ruge et Veit, les glandes devraient apparaître avec leur ouverture arrondie, plongée dans un stroma cellulaire.

Ces papilles sont des productions de nouvelle formation et n'ont rien à voir avec les papilles du derme de la portion vaginale.

Dans la *forme mixte*, au-dessous des papilles, on voit des glandes en grappes, pourvues de leur épithélium caractéristique et qui sont les anciennes glandes du col.

Fischel rejette absolument la théorie de la néoformation glandulaire admise par Ruge et Veit, néoformation se faisant aux dépens de la couche profonde du réseau de Malpighi. Il se base sur le fait de l'absence toujours complète des glandes dans les érosions éloignées de l'ouverture du canal cervical, alors qu'en acceptant la théorie de Ruge et Veit, on devrait en trouver.

L'érosion est donc le fait d'un ectropion, et si la muqueuse revêt un autre aspect que dans le cas d'ectropion simple, c'est que l'inflammation a modifié le stroma sous-jacent.

Fischel admet toutefois que le nombre des glandes peut paraître plus considérable. Cela est dû à l'allongement, à la dilatation des glandes qui, gonflées de mucus, peuvent se distendre et s'agrandir, le stroma muqueux infiltré de cellules rondes, ayant perdu toute résistance, cédant et se laissant facilement pénétrer par les culs-de-sac distendus qui peuvent s'étendre jusque sous la couche épithéliale pavimenteuse de la muqueuse vaginale du col.

Cette interprétation se rapproche de celle donnée par Carl Meyer et par W. Roser.

Ultérieurement Fischel (1) a démontré que l'ectropion de la

(1) Fischel, *Ark. für Gynæk.* Band XVI.

muqueuse du col se rencontrait en dehors de la lacération : — il l'a trouvé chez des *nouveau-nés*, il l'a trouvé aussi chez des *vierges*. Cette facilité avec laquelle l'ectropion se produit, le confirme de plus en plus dans l'idée que les glandes que l'on trouve dans les formes adéno-papillaires sont des anciennes glandes de l'intérieur du col.

Fischel, en faisant des recherches sur le col des nouveau-nés, pour vérifier l'opinion de Klotz qui prétendait que les glandes existaient réellement à la surface externe des lèvres du col, à la naissance, a constaté le premier la présence d'érosions très fréquentes à la surface du col : *dix* fois sur *vingt-huit* utérus examinés. Cette érosion, dans certains cas, prenait des proportions considérables et s'étendait jusque près de la limite du col et du vagin. Cette érosion était recouverte d'épithélium cylindrique et présentait l'aspect papillaire.

« En résumé, nous dit-il, sur 36 % des cas, nous voyons que la portion vaginale du col des nouveau-nés est recouverte, en allant vers la paroi vaginale par un épithélium cylindrique à couche unique. Cet épithélium, — non seulement parce qu'il est simple, mais aussi parce qu'il contient peu de papilles, tandis que les cryptes sécrétant du mucus et les glandes y sont nombreuses, — est manifestement la continuation de la muqueuse cervicale. »

Fischel propose de donner à cette érosion le nom : d'*ectropion histologique des nouveau-nés*.

Il conclut que, dans le début de la vie fœtale, la transformation de l'épithélium se fait de bas en haut : du vagin vers l'utérus.

Il a constaté en outre, assez souvent, un ectropion très net : la séparation des deux lèvres se faisait sur une étendue assez considérable du col, les 2/5 environ. Il conclut, d'après ces faits, que l'éversion des lèvres du col chez l'adulte n'est pas toujours le résultat de l'accouchement, mais souvent un accident congénital, disposition qu'il a du reste retrouvée, pendant la grossesse, chez des femmes n'ayant jamais accouché. Il faut donc admettre qu'il y a chez l'adulte, une prédisposition physiologique qui favorise l'érosion et l'ectropion.

Carl Ruge (1), en 1881, revient encore sur la question des

(1) Carl Ruge. *Arch. für Gyn.*

néoformations glandulaires et combat les idées de Fischel, sans apporter de nouvelles preuves à l'appui de la théorie qu'il a émise antérieurement avec *Veit*. Il étudie surtout l'érosion des nullipares, et cherche à démontrer qu'elle n'est pas due à de l'ectropion; il veut absolument qu'il y ait une néoformation glandulaire, car les follicules sont très rares dans le col normal et très nombreuses dans le col malade.

Ruge se base aussi sur le processus de guérison pour expliquer ses théories. La présence de l'épithélium pavimenteux, sur une surface guérie, lui semble une preuve convaincante que les glandes que l'on voit au-dessous ont été formées aux dépens de ce même épithélium.

Il décrit bien le résultat de ce processus de guérison, la formation de cônes épithéliaux pavimenteux remplissant les glandes ; mais, pour lui, cette transformation se fait sur place, sans destruction préalable de l'épithélium sécrétant.

Il admet aussi un autre mode de disparition des glandes : celles-ci, peu à peu, sont comprimées par les tissus environnants, se rétrécissent et finalement disparaissent. D'autres fois encore, l'épithélium subit une dégénérescence graisseuse et disparaît ; il ne reste plus dans les tissus que des trous, des crevasses, qui, à leur tour, se rétrécissent et disparaissent. Il se produit une *restitutio ad integrum*.

Dans certains cas, les culs-de-sac glandulaires sont complètement emprisonnés dans les tissus où « ils sommeillent avec une apparence de mort », jusqu'à ce que, sous une influence quelconque, ils se développent et deviennent des kystes, des œufs de Naboth.

En Angleterre, **Hart** et **Barbour** adoptent les idées allemandes sur l'érosion et l'ulcération du col. Après avoir résumé les travaux de Ruge et Veit, de Fischel et de Schröder, ils concluent que les changements pathologiques dus à l'inflammation du col portent sur les trois éléments, épithéliums, glandes et tissu conjonctif.

L'épithélium du canal cervical peut se montrer à l'extérieur sans trace d'inflammation, comme dans l'ectropion simple par déchirure du col.

Si la muqueuse est enflammée, on y observe de nombreux plis produisant un aspect papillaire ou granuleux.

La muqueuse enflammée peut s'étendre au delà de l'orifice externe sous la forme de taches rouges : plaques catarrhales lisses ou granuleuses.

Ces auteurs admettent la formation de nouvelles glandes, comme Ruge et Veit, et l'hypertrophie des glandes s'étendant sous l'épithélium plat comme Fischel.

Selon eux, dans certains cas, les follicules kystiques s'ouvrent par éclatement à la surface vaginale du col et on voit alors l'épithélium cylindrique apparaître, et les papilles de la surface du kyste glandulaire mises à découvert, prolifèrent.

Le tissu conjonctif proliférerait toujours, surtout dans les formes chroniques, et constituerait ce que *G. Thomas*, appelle l'hyperplasie aréolaire.

Opinion des auteurs français modernes

En France, la plupart des travaux histologiques d'origine étrangère n'ont eu que peu de retentissement. Nous voyons, en effet, presque tous les auteurs s'en tenir aux descriptions anciennes et surtout aux traitements anciens.

En 1878, M. **Laboulbène**, dans un article paru dans le *Bulletin de Thérapeutique*, qui reflète l'opinion des principaux gynécologues français de cette époque, nous décrit des lésions du col dues à l'herpès, au pemphygus, à la variole, à la scrofule, à la syphilis, etc.

Quant aux ulcérations du catarrhe chronique, elles sont dues au contact irritant du liquide sortant par le col et baignant ses lèvres, surtout la lèvre inférieure. Dans ces cas, on trouve une desquamation épithéliale suivie du dépouillement de la couche superficielle et finalement l'ulcération. L'hypertrophie ou la turgescence des papilles donnent l'aspect de granulations ou de bourgeons charnus rouges et saillants ; l'ulcération est d'autant plus étendue que l'état général constitutionnel est plus appauvri.

Courty (1), dans sa deuxième édition, nous décrit les érosions et les ulcérations du col absolument comme les anciens gynécologues ; il ne s'appuie sur aucun examen microscopique des lésions. Les travaux d'Emmet, de Ruge, Veit, de Schröder, de Fischel ne sont même pas mentionnés par lui.

Il distingue :

Des érosions simples.

Des ulcérations et des fissures.

Des ulcérations avec exubérance du tissu (ulcères granuleux végétants, fongueux, variqueux, dépendant du catarrhe utérin, de la métrite chronique ou de la grossesse).

Des ulcérations *creuses* à fond grisâtre, indurées, à bords calleux ; ou *rongeantes* d'origine diathésique.

Il y a toujours perte de l'épithélium, suite de macération par le mucus de la leucorrhée ou par tout autre processus.

L'érosion ou l'ulcération commenceraient, pour cet auteur, le plus souvent, au fond des anciennes déchirures du col produites à la suite de l'accouchement, et de là s'étendraient peu à peu. Il décrit donc de la façon suivante la pathogénie de l'érosion. « L'érosion du col abandonnée à elle-même se transforme en une ulcération d'abord profonde et accompagnée de perte de substance, plus tard comblée par le développement de granulations, provenant soit de l'hypertrophie papillaire, soit plutôt de bourgeons charnus qui s'élèvent du fond, et sont bientôt « assez proéminents pour dépasser la surface lisse et saine du reste du col ».

La tendance hypertrophique de ces bourgeons charnus est quelquefois si considérable que l'ulcère peut passer de la forme granuleuse à la forme végétante, présentant alors des excroissances de trois à cinq millimètres, d'une coloration rouge vif, semblable à celle des granulations, et constituées comme les granulations et les bourgeons charnus, par un tissu fibro-plastique très tendu et très vasculaire. Ces excroissances sont souvent très rapprochées les unes des autres, ou séparées par des enfoncements, plus ou moins renversés sur le bord irrégulier de l'ulcère et se prolongeant quelquefois dans la cavité cervicale. »

(1) Courty. *Maladies des femmes.*

Les ulcères granuleux très rebelles deviendraient végétants, fongueux et saignants à la longue.

Voici maintenant qui réflète bien la doctrine ancienne, sous la plume de cet auteur moderne, assurément considéré comme d'une compétence indiscutable.

Quant à sa nature, l'ulcération est, d'après Courty (p. 1033), un processus essentiel, susceptible de se développer primitivement, sous l'impulsion d'un trouble organique réflétant l'état général du sujet. L'ulcération, phénomène indépendant, est fonction de l'état diathésique.

Elle peut coïncider avec d'autres états morbides locaux qu'elle complique.

Enfin, elle peut provoquer, par sa présence prolongée, l'apparition de ce même état morbide. En un mot, elle est lésion indépendante, coexistante, ou initiale par rapport à la métrite.

Il est visible que Courty ne veut pas accepter qu'elle dérive de l'inflammation, puisqu'il n'accorde à l'inflammation qu'un rôle de détermination locale, tout au plus la valeur d'une étiologie de hasard, pour faire prévaloir la cause générale : le *processus ulcéreux ???*

Sa pensée est bien catégoriquement exprimée dans les lignes suivantes : « On aurait tort de conclure de ces coïncidences que l'ulcération est la cause première de ces maladies, ainsi que le faisaient les anciens et plusieurs gynécologues de notre siècle qui nous ont précédé. L'on n'est pas plus fondé à conclure avec MM. Bennet, Aran, Nonat, qu'elle est le résultat de l'inflammation..., ou bien encore avec MM. Gosselin, Tyler, Smith, etc., qu'elle est produite par la leucorrhée. »

A côté de ce processus *ulcératif essentiel*, Courty admet, pour produire l'ulcération du col, la plupart des *processus éruptifs*. Seulement, frappé sans doute par la difficulté d'appuyer sa doctrine par des faits probants, il commence par déclarer que ces éruptions « passent inaperçues la plupart du temps, *parce qu'on est appelé trop tard pour les observer*, et l'on arrive à temps seulement pour en constater les résultats.

« *Quand on est assez heureux pour assister à leur apparition...* » la variété de ces éruptions, toujours d'après Courty, serait fort grande : *a*) *La rougeur*, érythème... desquamation, exfoliation épi-

théliale ; *b*) éruptions *vésiculaires* : herpès, eczéma, pemphygus.., *c*) *pustuleuse* ; folliculite, acné du col, impetigo, ecthyma. Cette dernière variété, qui comprend les éruptions pustuleuses, est fort nombreuse et serait « l'origine la plus commune des ulcères proprement dits. Ils proviennent généralement de la localisation des affections *dartreuses*, *scrofuleuses*, *syphilitiques*. »

Ailleurs, nous trouvons l'histoire de la *maladie granuleuse du col*, bien distincte de la *folliculite* et même de l'ulcère granuleux qui n'est qu'une perte de substance recouverte de bourgeons charnus (p. 1047) (p. 1041).

Ce qui suit maintenant peut donner une idée de l'influence tyrannique que les traditions gynécologiques dépourvues du contrôle des procédés scientifiques nouveaux, exercent sur les écrits et les jugements des hommes de notre époque, de ceux qui ont été nos maîtres. — **Chomel** (1), maître éminent et très écouté, avait écrit en 1846 : « Les granulations constituent une maladie propre de la matrice. » Courty écrit en 1881 (*Traité pratique*, p. 1031) : « Les granulations utérines sont de petites excroissances grenues, fibro-vasculaires, habituellement multiples et confluentes, variables pour le nombre et le volume, se montrant de préférence à l'orifice du col, mais pouvant se développer également sur *tous les points de la surface externe* et *interne de cet organe* et même dans la cavité utérine, soit par l'effet d'une simple altération de sa vie locale, soit sous l'influence d'un *état morbide général* diathésique ou non diathésique.

La *folliculite* ainsi spécialisée par Courty sous cette étiquette, acné du col, « est distincte aussi des petits kystes folliculaires superficiels du col. Ceux-ci proviennent de la distension, par le mucus, des follicules dont les orifices sont oblitérés ; ils sont caractérisés par des petites tumeurs d'un volume variable, d'une tête d'épingle à un pois, globuleuses, transparentes, à parois assez résistantes, dont la ponction fait sortir une goutte d'un liquide visqueux et filant. »

Quelques auteurs cependant rejettent en partie les opinions anciennes.

(1) Chomel. *Dict. de méd. en 30 vol.*, art. *Utérus* ; — *métrite granulée*, Paris 1846.

De Sinety, qui, dans la première édition de son *Traité de gynécologie*, ne fait pas mention des travaux d'Emmet, revient en 1880 sur la question des ulcérations du col et, avec Ruge et Veit, admet que l'aspect ulcéreux n'est qu'apparent et est dû à une modification des tissus et du revêtement épithélial et non à une perte de substance.

« A la surface de la prétendue ulcération on trouvait, à la place d'un épithélium pavimenteux, stratifié, une couche de cellules de formes variées, tantôt cylindriques, tantôt caliciformes ; elles présentaient, en certains points, les caractères des éléments désignés par M. Malassez sous le nom d'épithélium métatypique.

En outre, de distance en distance, on trouvait des enfoncements épithéliaux, en doigts de gant ressemblant à des prolongements glandulaires. Par place on trouve encore des ilots d'épithélium pavimenteux. »

De Sinety admet la néoformation glandulaire de Ruge et Veit et ne veut en aucune façon voir, dans ces glandes de la portion vaginale du col, des glandes amenées en ce point par l'éversion de la muqueuse intra-cervicale. Pour lui, l'ectropion de la muqueuse interne du col, se produisant pendant la grossesse où à la suite d'accouchements, ne donne lieu ordinairement à aucun phénomène morbide.

En résumé, à la suite de ses recherches, il conclut que, dans la grande majorité des cas, les lésions du col utérin dues à la métrite ne sont que des pseudo-ulcérations, étant donné la persistance du revêtement épithélial. Il considère les véritables ulcérations comme exceptionnelles et seulement érosives.

En 1881, **Terrillon et Lermoyez** (*Bulletin de thérapeutique*) reconnaissent une importance assez considérable à l'ectropion, comme cause des lésions du col, ectropion produit, le plus souvent, par la lacération du col, quelquefois aussi par congestion et hypertrophie de la muqueuse utérine qui est chassée au dehors. Toutefois ils considèrent les idées d'Emmet comme excessivement exagérées et conseillent de ne recourir aux moyens chirurgicaux que lorsque tous les autres traitements ont échoué. Ils admettent que l'emploi des caustiques est plus nuisible qu'utile, qu'ils entretiennent l'ulcération et provoquent des atrésies et des

névralgies, sans s'expliquer cependant sur le mécanisme de ces faits.

Les ulcérations sont un symptôme, un accident de la métrite chronique, elles n'ont pas l'importance qu'on leur accordait au commencement du siècle. C'est la reproduction pure et simple des idées de Gosselin.

Les granulations ne sont pas à distraire de l'étude des ulcérations du col. Cette lésion est due à l'hypertrophie des glandes mucipares. C'est ce qu'ont démontré les recherches de Huguier et A. Robert. L'inflammation de ces follicules s'explique par le fait même de l'hypersécrétion à laquelle les condamne l'inflammation de la muqueuse. De cette hypersécrétion à la tuméfaction qui rend le follicule saillant et donne à la muqueuse l'aspect granulé, la transition est toute naturelle. A un degré de plus, le follicule s'enflamme lui-même et son orifice s'oblitère, sa cavité se dilate, le liquide qu'elle contient se mêle de pus, d'où l'aspect jaunâtre faisant ressembler cette granulation à une vésicule d'herpès. Puis on voit paraître une petite ulcération par ouverture de ce follicule. Plusieurs de ces petites ulcérations peuvent devenir confluentes, et ainsi se forme l'ulcération.

Pour **Gallard**, jamais on n'a affaire, comme le prétendent Mayer et Scanzoni, à une inflammation des papilles. Il prend comme point de comparaison ce qui se passe dans le vagin où les papilles sont nombreuses et où jamais on ne trouve d'ulcération.

Les ulcérations papillaire et folliculaire des Allemands ne seraient que deux phases successives du même travail morbide.

L'ulcération débute toujours par une inflammation des follicules, puis viendrait la mise à nu des papilles qui ont une grande tendance à se boursoufler ; d'où la forme papillaire.

Il rejette l'action irritante des liquides.

Il rejette le traumatisme, les frottements divers et mentionne la description de la folliculite faite par Lebert en 1850.

Et comme Lebert, il pense que le plus grand nombre de granulations est constitué par des papilles, mais qu'elles sont entremêlées de follicules.

Un grand nombre de ces papilles seraient bifurquées.

Gallard rejette les ulcérations eczémateuses, herpétiques, scrofuleuses, etc.

Néanmoins son étude laisse absolument à désirer et démontre la méconnaissance absolue du mouvement scientifique qui s'accomplissait autour de nous.

L'explication de cette négligence est tout entière dans les lignes qui suivent.

Dans son livre, Gallard p. 274) rappelle une phrase où Scanzoni se désespère de ce que la micrographie demande trop de temps et offre trop de difficultés, ce qui ne cadre pas avec les occupations du praticien ; de ce qu'en outre les micrographes ne sont pas toujours d'accord sur le même point... « Je suis obligé de reconnaître (dit Gallard) que je n'aurais pu dire ni mieux ni davantage, en faveur des saines tradidions de la clinique, que je me suis toujours efforcé de défendre contre les empiètements du laboratoire. »

M. Chéron (1), en 1879, a étudié la pathogénie des ulcérations du col et est arrivé aux conclusions suivantes :

Sous l'influence d'une pression, dont le tissu de la muqueuse intra-cervicale est l'objet, cet organe est refoulé au dehors, la partie vaginale du col est renversée, et c'est la muqueuse cervicale étalée au centre du col qui est le siège de l'affection dénommée *ulcération du col*.

Il n'existe de glandes que dans la muqueuse du canal cervical ; on en trouve, il est vrai, dans les lèvres du col, mais à l'état pathologique seulement. L'ulcération, ayant toujours pour centre ou pour aboutissant le méat et le canal cervical, c'est par la muqueuse du canal que débute l'altération ulcérative, et consécutivement l'augmentation de volume, l'hypertrophie des tissus qui refoulent les lèvres du col et augmentent les diamètres de cet organe.

On voit que cet auteur, tout en admettant la hernie de la muqueuse intra-cervicale, ne rapporte nullement l'augmentation de volume du col au renversement de la masse musculaire sous-jacente.

(1) Chéron. *Pathogénies des ulcérations du col, Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, 1879.

M. Naudin (1), en 1885, dans sa thèse sur les ulcérations du col, reprend ces mêmes idées, sans aucune modification et sans nulle mention des travaux étrangers.

Tout récemment, **M. Siredey** (2) décrit longuement les lésions du col dans la métrite chronique et suit de près les idées de M. de Sinéty. Comme ce dernier, il a vu, dans les cas chroniques, l'hypertrophie générale de la muqueuse du col, d'où un relief anormal des saillies de l'arbre de vie séparées par des dépressions plus profondes où se remarquent les orifices dilatés des glandes.

Il adopte également la division des végétations en trois catégories :

1° Hypertrophie des glandes dilatées et devenues flexueuses avec conservation de leur épithélium.

2° Tissu embryonnaire et vaisseaux très rares, traces de glandes et d'épithélium altéré, avec îlots d'éléments dégénérés, analogues à ceux des plaies en suppuration (explication de l'abondance de l'écoulement muco-purulent).

3° Vaisseaux dilatés enfouis dans du tissu embryonnaire, source des hémorrhagies.

Ces différentes variétés de fongosités peuvent, d'après M. Siredey, coexister entre elles et avec des kystes glandulaires à contenu mucoïde.

Rarement il y a oblitération complète des glandes ; — on observe surtout ce phénomène chez les vieilles femmes.

M. Siredey considère les ulcérations comme un fait banal et sans importance, constant dans toutes les métrites.

Il distingue :

1° Les ulcérations *simples*, dans lesquelles la muqueuse n'a subi qu'une abrasion superficielle : elles ne se distinguent des parties adjacentes que par leur aspect dépoli et leur coloration d'un rouge intense ; elles ne font aucun relief et ont une surface purement granuleuse ;

2° Les ulcérations *granuleuses*, proprement dites, diffèrent des précédentes par un relief assez considérable ; elles sont hérissées de petites saillies grosses comme une tête d'épingle et plus ou moins confluentes ;

(1) Naudin, thèse de Paris, 1887.

(2) Siredey. *Dictionnaire de médecine et de chirurgie* (art. *Métrite*).

3° Un degré de plus et on arrive à l'*ulcération végétante* ou en *crête de coq* caractérisée par des excroissances plus ou moins nombreuses de quatre à six millimètres de hauteur, séparées par de profonds sillons, et présentant à leur extrémité libre de nombreuses fissures ;

4° Sur les utérus mous et fortement congestionnés, l'ulcération, outre le caractère granuleux, peut présenter une teinte bleue livide.

C'est alors l'*ulcération dite variqueuse.*

Scanzoni cite un fait où une de ces érosions était parcourue par une veinule grosse comme une plume de corbeau et dont l'incision donna 60 grammes de sang.

Voici la pathogénie des lésions du col d'après M. Siredey :

« On a beaucoup discuté pour savoir si ces ulcérations tiennent à des lésions folliculaires ou à l'hypertrophie des papilles du col.

Aujourd'hui l'absence bien démontrée de glandes sur la face vaginale du col a fait rejeter définitivement la première hypothèse, et l'on admet que, sous toutes leurs formes, les ulcérations résultent d'une desquamation épithéliale suivie de la prolifération irritative des papilles dénudées.

Ruge et Veit ont donné cependant de la formation de ces ulcères du col une théorie plus compliquée : Ils seraient, suivant ces auteurs, le fait d'un travail caractérisé, d'une part, par l'absorption partielle du chorion de la muqueuse et de l'autre, par la prolifération exubérante de celle-ci dans les intervalles respectés ; l'épithélium diversement altéré participerait à ces modifications, d'où résulteraient, au niveau des parties respectées, les utricules glandulaires et, dans leurs intervalles, des saillies pseudo-papillaires ».

La résultante de ces théories est le traitement de l'ulcération par les caustiques : fer rouge, nitrate d'argent, acide pirogallique, teinture d'iode, perchlorure de fer, acide phénique, etc.

Martineau admet une grande partie des idées de M. de Sinéty.

Pour l'ulcération vraie, il la considère comme formée souvent par l'hypertrophie des papilles mises à nu et infiltrées d'éléments embryonnaires.

Il admet, avec M. de Sinéty, que l'ulcération vraie est fort rare

et qu'il y a presque toujours conservation de l'épithélium ; cet épithélium est cylindrique et a un *substratum* embryonnaire.

Cornil, dans des leçons récentes sur la métrite, admet l'érosion simple de Fischel par abrasion de l'épithélium pavimenteux.

Quant à la forme papillaire, elle est fournie par l'éversion de la muqueuse interne et l'hypertrophie des plis qu'elle forme.

Les glandes que l'on rencontre sur le col sont les anciennes glandes que la muqueuse intra-cervicale a entraînées avec elle dans son éversion et qui sont parfois recouvertes d'épithélium pavimenteux.

La forme folliculaire est due à la transformation kystique de ces glandes dont le goulot est rétréci et le mucus épaissi.

2e PARTIE

Anatomie du col de l'utérus considéré au point de vue de son inflammation et des déformations qui en résultent.

Avant de passer à la description microscopique des lésions de l'endométrite chronique du col, il est indispensable de rappeler en quelques mots la structure anatomique de cet organe.

Nous remarquerons surtout :

1° La conformation de la surface interne du conduit cervical dont les saillies accidentées et les sillons anfractueux sont la principale caractéristique ;

2° La disposition des faisceaux musculaires qui rend bien compte de la pathogénie de certaines lésions.

A. — Le col utérin est formé de deux portions : l'une intra-vaginale (museau de tanche) ; l'autre sus-vaginale (isthme), dont la longueur respective est sujette à beaucoup de variations.

Le museau de tanche et l'isthme sont limités, ou mieux séparés, par les sinus de réflexion de la muqueuse vaginale, c'est-à-dire par le cul-de-sac du vagin qui entoure circulairement la base du museau de tanche.

Les limites relatives ou absolues des deux portions du col ne sont point fixes : il y a des cas où le museau de tanche s'allonge notablement du côté du vagin ; d'autres où il disparaît ou bien fait une saillie insignifiante.

La profondeur comparative des culs-de-sac diffère même, d'une manière très notable, chez une même personne, suivant l'état de congestion (érection) ou de repos (anémie) de l'utérus.

Un fait bien prouvé est que la longueur de la portion vaginale diminue graduellement avec le nombre des accouchements. Cela peut s'expliquer de deux façons : soit par la production, à chaque nouvel accouchement, de nouvelles déchirures, détruisant le sphincter utérin, soit par ce fait que l'utérus gravide tire fortement en haut sur les attaches du vagin et décolle celui-ci de la surface du museau de tanche, de telle sorte qu'il n'adhère plus quelquefois qu'au pourtour de l'extrémité inférieure du col. Dans les cas extrêmes, les culs-de-sac s'effacent et la portion vaginale ne donne plus au toucher que la sensation d'un bourrelet dur au fond d'un entonnoir. Cazeaux cite deux cas de ce genre chez des femmes ayant eu 17 et 19 enfants. Le même aspect s'observe après la ménopause (1).

Du côté du *péritoine*, même variabilité dans les rapports.

L'ampliation ou la vacuité de la vessie change beaucoup la position de l'angle de réflexion de la séreuse.

B. — Au point de vue de sa *musculature*, le col représente un sphincter très solide et très étendu avec deux renforcements très nets, l'un vers l'orifice externe, l'autre beaucoup plus puissant, toujours perceptible lorsque l'on pratique le cathétérisme de l'utérus, est situé à l'orifice interne.

Il faut toutefois noter que ces sphincters du col doivent en grande partie leur relief et leur épaisseur au changement de direction de certaines fibres du corps qui de longitudinales devien-

(1) Il faut tenir compte aussi d'un certain degré de relâchement vaginal *colpocèle profonde*.

nent transversales ; ce sont les fibres en Z de M. Sappey. A côté de ces fibres qui deviennent transversales, restent plusieurs faisceaux longitudinaux, prolongation du faisceau médian décrit par **Désormeaux**, puis par **Jacquemier** (faisceau ansiforme de **Hélie** et **Chenantais**) qui entoure l'utérus en forme de cravate et prend un si grand développement pendant la grossesse.

Plus profondément sous la muqueuse, le raphé médian de l'arbre de vie est encore constitué par des fibres longitudinales.

Toutes ces fibres longitudinales se trouvent tassées aux parties *antérieure* et *postérieure* du col de l'utérus ; c'est à peine si on en rencontre quelques-unes sur les parois latérales. Cette disposition en deux faisceaux puissants, l'antérieur et le postérieur, explique, à notre avis, la si grande fréquence des déchirures latérales au moment de l'accouchement, et cela mieux que la vieille et classique théorie de la position de l'occiput. Nous ne nions pas que la position de la tête du fœtus puisse avoir une légère influence, mais nous croyons plutôt à un fait purement mécanique dû à la faiblesse des commissures latérales du col. Cette faiblesse est accentuée par ce fait que beaucoup de fibres transversales antérieures et postérieures se portent à droite et à gauche, dans les ligaments larges, sans s'entre-croiser sur les côtés : elle est accentuée encore par le passage de nombreux vaisseaux, car les parois latérales du col sont des confluents vasculaires, véritables *hiles*, criblés par la pénétration des principaux troncs artériels et veineux de l'utérus.

Les artères et les veines y sont remarquables par l'épaisseur de leurs parois en grande partie musculaires et par leurs nombreuses ramifications ; elles forment une espèce de tissu érectile très bien décrit par **Récamier**, puis par **Rouget**, disposition qui explique la turgescence si fréquente du col, dans les inflammations, et la gravité des hémorrhagies que l'on observe quelquefois à la suite de l'incision d'un col congestionné.

Cette vascularité très grande fait paraître les parties latérales du col aussi volumineuses, et parfois même plus, que les lèvres antérieure et postérieure ; on comprend bien qu'au point de vue de la solidité, ce n'est là qu'une illusion.

Aussi ne semble-t-il pas irrationnel d'admettre qu'au moment de l'accouchement, sous l'influence des contractions en masse de

l'utérus, auxquelles se joignent les contractions du faisceau ansiforme, les lèvres antérieure et postérieure attirées fortement, chacune dans sa direction, tendent à déchirer le col sur les parties latérales. Qu'à ce moment, la pression de la tête vienne joindre son action à celle des fibres musculaires et le col cède à sa partie faible et se déchire latéralement.

Nous retrouverons encore l'action du faisceau ansiforme pour expliquer l'ectropion sans déchirure du col, ectropion que l'on rencontre parfois dans les métrites des vierges ou chez les nouveau-nés.

C. *Muqueuse externe.* — Extérieurement, le col est revêtu dans sa *portion vaginale*, d'une expansion de la muqueuse du vagin qui possède la structure de cette membrane et ses propriétés physiologiques de sensibilité au contact, parfois très accentuée, mais une sensibilité réflexe modérée. C'est une muqueuse papillaire à épithélium plat, stratifié, *dépourvue complètement* de glandes.

La portion *sus-vaginale* est entourée d'une gaine celluleuse dans laquelle se ramifient les filets nerveux, les artères, les veines et les lymphatiques, gaine qui est une sorte de confluent central, vasculo-nerveux, de l'utérus.

La plupart de ces éléments vont se distribuer au corps de l'utérus ; toutefois le col ou du moins la partie supra-vaginale du col en a sa grande part. Quant au revêtement externe du museau de tanche, il semble isolé de ce centre, de telle façon que les lésions, les impressions ou contacts qu'il éprouve ne se répercutent que fort peu ou point aux plexus vasculo-nerveux qui entourent la portion sus-vaginale.

D. *Muqueuse interne.* — Intérieurement, le col est revêtu d'une gaine muqueuse accidentée par les reliefs de l'arbre de vie. Le stroma en est formé de tissu conjonctif plus ou moins dense, contenant fort peu de cellules rondes à l'état normal, à l'inverse de la muqueuse du corps qui, elle, en contient énormément.

Ce stroma se continue, sans ligne de démarcation, avec le tissu musculaire ; dans son intérieur sont plongées en grand nombre,

des glandes en grappes, s'enfonçant, parfois très profondément, jusque dans l'épaisseur du tissu musculaire.

Ces glandes sont revêtues d'un épithélium cylindrique caliciforme palissadé, sécrétant un mucus clair et filant à l'état normal. Peu nombreuses chez l'enfant nouveau-né, elles augmentent peu à peu de nombre et de dimension avec l'âge.

M. Chéron qui, en 1879, a fait des recherches sur le développement des follicules du col chez les nouveau-nés, a constaté qu'à la naissance, on les trouve à l'état rudimentaire sous forme de tubes épithéliaux pleins ou creux non encore ramifiés ; ce n'est que plus tard que l'on voit se former des culs-de-sac nombreux.

A quatre ans, les glandes commencent à accomplir leurs fonctions ; on les trouve constamment remplies de mucus (1). Chez le fœtus quelquefois, cependant, elles sécrètent déjà, et, au moment de la naissance, on rencontre, de temps en temps, un bouchon gélatineux obturant le col, et provenant évidemment de la sécrétion de ces glandes.

Voici, entre autres, l'abrégé de l'étude faite sur l'utérus d'une fille à terme céphalotripsiée par M. Doléris. L'organe fut immédiatement plongé dans un liquide conservateur. Des coupes en ont été pratiquées après durcissement, par M. le Dr Paul Petit, chargé des travaux histologiques au laboratoire de l'Institut de la rue de Navarre. — C'est d'après ces coupes qu'est faite la description suivante fort écourtée.

Utérus chez le nouveau-né.

Muqueuse du corps : Revêtement *d'épithélium cylindrique* à cils vibratiles présentant, dans la région du fond de l'organe seulement, quelques dépressions les unes larges, sortes de vallonnements, les autres étroites et plus profondes, *rudiments* de glandes (deux à trois sur une coupe longitudinale) ; — l'épithélium repose sur une *membrane basale* très nette. — Au-dessous de cette membrane est un chorion formé de cellules conjonctives, la plupart ovoïdes, d'autres rondes ou globuleuses, beaucoup plus denses au niveau de la membrane basale ; la substance fon-

(1) *Anatomie du col de l'utérus chez les petites filles.* (*Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, 1879.)

damentale du chorion est fibrillaire, traversée par des vaisseaux embryonnaires à *pointes d'accroissement*, la plupart perpendiculaires au revêtement épithélial.

Muqueuse du col : Revêtement d'épithélium cylindrique qui devient muqueux dans les enfoncements. Il tapisse des saillies simples non arborescentes, qui n'ont aucune ressemblance avec les saillies penniformes de l'arbre de vie chez l'adulte. Il revêt en outre des sortes de ponts ou travées diversement disposées dans l'intervalle des principales saillies longitudinales du col, et jetées d'une paroi à l'autre de la cavité cervicale.

Ces travées paraissent d'ailleurs être l'indice de la marche de la résorption du tissu de l'organe embryonnaire destinée à assurer la forme cavitaire de l'organe adulte. Il est le même que dans la trompe. A la face interne de ces travées, à la base des saillies, se voient, en petit nombre, des culs-de-sac pseudo-glandulaires dont l'épithélium, en prolifération très active, est *caliciforme* ou non différencié. — Membrane basale et chorion muqueux présentent les mêmes détails que dans le corps.

On ne remarque pas la continuité insensible de la muqueuse *intra-cervicale* avec la muqueuse externe du col ou *cervico-vaginale*. La couche unique de cellules cylindriques interne se continue sans transition avec l'épithélium vaginal formé par une couche épaisse et stratifiée de cellules pavimenteuses.

Musculature. — Pas de ligne de démarcation nette, sauf au fond de l'organe, entre le chorion muqueux et le muscle, dont les faisceaux s'épaississent et se tassent de plus en plus, à mesure qu'on s'éloigne de la muqueuse. — *Vaisseaux*, nombreux, les uns embryonnaires, les autres déjà constitués à l'état d'artères et de veines.

Forme extérieure. — Le col, loin d'être conique et terminé par un orifice étroit, est constitué par un cylindre, volumineux par rapport au corps dont l'orifice terminal est large, béant, infundibuliforme et irrégulier.

Les contours de cet orifice dessinent des bosselures, et on peut accepter que c'est là une forme réelle de l'ectropion congénital, sauf la direction du rebord cervical, qui n'est point éversé, comme à l'état pathologique.

Revenons au col de l'utérus adulte. Les *glandes* y sont constituées par un conduit s'ouvrant sur la muqueuse du col au fond des sillons qui séparent les branches de l'arbre de vie. Ce conduit se divise et se subdivise en plusieurs conduits secondaires qui se terminent chacun par un cul-de-sac.

Il est presque normal de rencontrer des dilatations de ces glandes, produites soit par la fermeture du goulot, suite d'une inflammation quelconque ayant amené la chute de l'épithélium et l'accolement des parois, soit par atrésie de l'orifice, ou encore par suite de la viscosité du mucus qui sort difficilement lorsque l'action musculaire constrictive du col, évacuatrice par conséquent, est paresseuse ou est entravée par une cause quelconque. Ces dilatations peuvent être plus ou moins considérables ; une rétention faible augmente simplement le calibre de la glande et dessine mieux les culs-de-sac qui paraissent s'enfoncer plus profondément. Une forte rétention, au contraire, étale et fait disparaître les culs-de-sac et on ne trouve plus qu'une seule cavité ampulaire ou sphérique ayant cependant toujours le revêtement épithélial glandulaire caractéristique, c'est *l'œuf de Naboth*.

Le mucus contenu dans ces glandes dilatées est ordinairement très concret et mélangé à de nombreux débris de cellules épithéliales ; il s'échappe très difficilement par l'orifice, quand il en existe un.

Dans certains cas, ces petits kystes font l'office de corps étrangers et, par un travail analogue à celui qui se passe pour beaucoup de fibromes, ils sont peu à peu énucléés par l'action du tissu musculaire et ils se pédiculisent.

La *limite* entre l'épithélium cylindrique de la cavité du col et l'épithélium pavimenteux qui revêt extérieurement la portion vaginale est brusque et très nette à l'état normal. On peut même l'apercevoir à l'œil nu, comme la sentir au toucher, sous la forme d'un anneau mince faisant légèrement saillie sur le reste de la muqueuse. M. Sappey prétend que la couche épithéliale cylindrique se modifie vers le bord libre et passe progressivement de la forme cylindrique à la forme pavimenteuse. C'est là une erreur due sans doute à ce que M. Sappey a étudié la structure de la muqueuse du col, sur des pièces pathologiques.

Au microscope, on voit l'épithélium pavimenteux, avec ses cou-

ches de cellules stratifiées,s'arrêter à pic au point de jonction, et immédiatement apparaît la couche unique d'épithélium cylindrique. Les papilles s'arrêtent également avec l'épithélium pavimenteux. On n'en trouve pas sous la couche d'épithélium cylindrique.

Les auteurs allemands, qui depuis Ruge et Veit, considèrent la couche *basale* des deux muqueuses comme indifférente, prétendent que la couche unique de cellules cylindriques de l'intérieur du col se continue directement avec la couche profonde du réseau de Malpighi ; ils ont soin de faire ressortir cette particularité sur leurs planches ou leurs schémas. Ce fait a pour eux une grande importance, car ils bâtissent toute une théorie, comme nous l'avons vu dans l'historique, sur cette question de continuité et d'indifférence de la couche profonde du réseau de Malpighi.

Nous aurons à revenir plus tard sur cette question et à montrer qu'il y a là une erreur ; cette indifférence de la couche basale est une pure fiction, une simple vue de l'esprit, les épithéliums pavimenteux et cylindriques ayant une structure et une origine absolument différentes les uns des autres. Ils proviennent, en effet, de deux feuillets différents du blastoderme. Jamais ils ne peuvent subir de transformation sur place.

3e PARTIE

Lésions anatomo-pathologiques de la métrite cervicale.

Nous arrivons maintenant aux lésions que l'on observe dans les divers états pathologiques : déchirure du col et endométrits cervicale.

La *déchirure* du col avec *ectropion* de la muqueuse utérine est un fait très fréquent. Rarement cependant on voit la lésion à l'état de pureté ; presque toujours elle se complique ou s'est compliquée d'un état inflammatoire plus ou moins intense. Cette lésion idéale a été décrite microscopiquement par Ruge et Veit comme *type d'érosion simple !* et, après eux, beaucoup d'auteurs

ont accepté leurs idées. Elle est caractérisée macroscopiquement par une surface rouge, luisante, tomenteuse autour de l'orifice du col, de forme annulaire ou plutôt ovalaire, s'étendant plus sur les lèvres antérieure et postérieure que sur les parties latérales, variable du reste, suivant que la déchirure est simple ou double, superficielle ou très profonde.

A l'examen microscopique, on trouve la structure de la muqueuse interne du col, avec son épithélium cylindrique et ses glandes en grappe, sur la partie rouge éversée.

Cette éversion n'est pas, comme le prétend Emmet, le résultat exclusif d'une cellulite qui agit en déroulant le col. Elle est produite, aussi, selon nous, par l'action du faisceau musculaire ansiforme dont nous avons déjà parlé, action qui n'est plus contrebalancée par celle du sphincter.

L'influence de l'inflammation, qui retarde la cicatrisation de la lésion, l'accentue évidemment ; mais c'est tout ce que l'on peut accorder à la théorie d'Emmet. Cette influence de l'action musculaire explique aussi ce fait que les déchirures antérieures et postérieures du col, que nous considérons du reste comme fort rares, quoique plusieurs auteurs soutiennent l'opinion contraire, doivent se cicatriser assez facilement, sans donner lieu à une déformation, aucune action musculaire ne tendant à désunir les surfaces. Les fibres longitudinales en z annulent, pour ainsi dire, l'action des fibres transversales.

Emmet, qui prétend que ces déchirures antérieures et postérieures sont très fréquentes, reconnaît cependant qu'elles se cicatrisent facilement. Il attribue ce fait à ce que le tissu connectif du bassin n'est pas atteint, ce qui diminue les chances de septicémie, et à ce qu'en maintenant, comme on le fait rigoureusement, la malade couchée pendant quelque temps après l'accouchement, les surfaces mises à nu se trouvent étroitement appliquées l'une contre l'autre par la pression des parois latérales du vagin jusqu'à ce qu'elles se soient bien réunies ?

La déchirure simple avec ectropion consécutif est, nous le répétons, excessivement rare ; il vient s'y joindre presque toujours un élément inflammatoire lorsqu'on ne prend pas de précautions antiseptiques sérieuses. Dans ces conditions, les lésions sont modifiées du tout au tout.

On voit alors se produire les divers aspects décrits sous le nom d'*érosion*, d'*ulcération*, d'*érosion papillaire ou folliculaire*, de *cicatrice vicieuse* du col, tous degrés différents d'un même processus méritant une description séparée.

Lorsque la suppuration s'empare d'une déchirure du col, on constate, au spéculum, une plaie plus ou moins durable et plus ou moins grande suivant la profondeur de la lésion siégeant sur les parties lacérées. Sur cette surface, naturellement, on ne retrouve pas de couche épithéliale, mais seulement des bourgeons charnus. Peu à peu l'épithélium plat d'un côté, l'épithélium cylindrique de l'autre, gagnent du terrain sur la plaie et la recouvrent finalement. En général, l'épithélium pavimenteux, plus vivace, gagne du terrain sur l'épithélium cylindrique qui, sorti de son milieu alcalin, se développe et prolifère d'une manière moins rapide.

Le tissu embryonnaire des bourgeons charnus infiltre le tissu musculaire, s'organise et forme du tissu cicatriciel scléreux plus ou moins épais et résistant, suivant la durée de la cicatrisation et des traitements employés.

Dans certains cas, les glandes avoisinant la muqueuse interne du col, sont emprisonnées : on voit leurs orifices en partie remplis, ou même oblitérés par l'épithélium plat, ou bien leurs canaux excréteurs enserrés dans du tissu fibreux qui les atrésie. On comprend donc que l'on puisse trouver des glandes dilatées devenues kystiques dans l'angle du col répondant à la déchirure, comme il nous a été donné de le constater souvent.

Quant à la partie herniée de la muqueuse interne du col, elle conserve son aspect normal autant qu'elle n'a pas été touchée par l'inflammation du voisinage ou modifiée par les traitements.

Les phénomènes inflammatoires peuvent être faibles ou prononcés.

Dans le 1er cas, on observe des lésions peu accusées ; de simples modifications dans la structure de l'épithélium, lésions fort bien décrites tout récemment par M. Cornil, dans ses leçons sur la métrite faites à l'Hôtel-Dieu. Les cellules épithéliales deviennent très longues, très étroites, augmentent en nombre. La forme en palissade s'accentue et devient beaucoup plus nette qu'à l'état normal; le noyau de chaque cellule paraît plus gros, ovoïde

et est fixé dans la partie basale de la cellule. Ces modifications s'étendent plus ou moins profondément dans les glandes, suivant l'intensité du processus inflammatoire. Quelquefois les cellules sont plus grosses qu'à l'état normal et présentent nettement l'aspect calciforme. Jamais on ne voit de cils vibratiles comme dans les glandes de l'intérieur de l'utérus.

Dans certains points, les cellules cylindriques s'accumulent les unes au-dessus des autres, en deux ou trois couches, et pourraient, pour un œil peu exercé, faire croire à des îlots d'épithélium pavimenteux au milieu de parties recouvertes d'épithélium cylindrique ; — mais ces cellules ne sont pas adhérentes entre elles, elles ne subissent pas d'aplatissement ; d'un autre côté, elles se colorent uniformément en rouge par le picrocarmin.

Ce sont, somme toute, des cadavres de cellules retenus par la viscosité du mucus, sans doute.

Le *mucus* subit, en effet, des modifications notables. Il devient plus épais, plus visqueux, souvent louche et contient de nombreux débris de cellules. Parfois on trouve des filaments très denses formant des stries qui se colorent fortement en rouge par le picro-carmin, formant même quelquefois des masses assez volumineuses.

Le *stroma* est naturellement touché aussi par le processus inflammatoire et s'infiltre plus ou moins de cellules rondes. La muqueuse augmente ainsi de volume et de surface ; or, comme les parties profondes conservent les mêmes rapports, elle est obligée de se plisser ; on a alors sur une coupe transversale un aspect pseudo-papillaire à papilles très basses.

Par un examen minutieux on reconnaît parfaitement que l'on ne se trouve pas en présence de papilles, mais de replis de la muqueuse.

Le *tissu musculaire* sous-jacent à la muqueuse participe presque toujours à l'inflammation et l'on voit se réaliser la loi de Stokes, c'est-à-dire que : les fibres musculaires sous-jacentes à la muqueuse enflammée se paralysent. Or, ces fibres étant des fibres circulaires, le sphincter se relâche de plus en plus, et les fibres longitudinales du faisceau ansiforme n'étant plus contrebalancées, les lèvres antérieure et postérieure sont attirées excentriquement et l'ectropion s'augmente.

L'inflammation peut être assez forte pour détruire la couche épithéliale sur une étendue plus ou moins grande. Il se produit alors une *érosion simple*, facilement constatable à l'œil nu par la différence d'aspect avec la muqueuse saine et par la nature des sécrétions qui contiennent plus ou moins de globules de pus.

L'examen microscopique d'une pareille lésion (*érosion simple*) enlevée sur le vivant, n'a pas encore été fait, que nous sachions. Cela tient au danger qu'il y aurait à enlever un col dans ces conditions. Quand l'on se décide à opérer, la femme a toujours été préparée, pendant quelques jours, par des pansements antiseptiques, et on sait avec quelle rapidité se réparent les lésions épithéliales simples dans les milieux aseptiques. Aussi trouve-t-on, au moment de l'opération, l'érosion en voie de réparation : l'épithélium est reformé presque partout.

En multipliant les coupes, on trouve quelquefois, cependant, des points où l'épithélium manque, surtout vers les points de réunion des épithéliums pavimenteux et cylindrique. Ces lésions, parfaitement visibles sur le cadavre, lorsque l'on prend soin de faire dans le vagin, immédiatement après la mort, une injection conservatrice ont été attribuées par Ruge et Veit à des lésions cadavériques. Fischel a bien montré que l'érosion simple, avec chute épithéliale, existait et il en a donné une description. Nous ne pouvons faire mieux que de rappeler ici cette description en quelques mots, quoiqu'elle se rapporte à une érosion en plein épithélium pavimenteux ; mais le processus est le même et la lésion semblable, dans le cas qui nous occupe.

« Nous pouvons nous expliquer de la façon suivante, nous dit Fischel, la formation de l'érosion : touchée par une irritation vive, une partie circonscrite de la muqueuse s'enflamme. Cette partie se vascularise et devient le siège d'une extravasation de cellules rondes, d'où augmentation de volume de la muqueuse, élargissement et étalement des papilles. Les dépressions interpapillaires du réseau de Malpighi deviennent d'abord plus étroites, moins profondes, puis finalement disparaissent.

« Un groupe papillaire conflue en une seule papille qui est recouverte en partie seulement par des cellules du réseau de Malpighi et par quelques autres cellules provenant de la couche cornée. En ce point, par suite du gonflement inflammatoire, une ten-

sion plus grande se produit et la couche cornée finit par faire déhiscence. On voit alors la pointe de la papille, infiltrée de cellules rondes, proliférer et faire hernie au dehors. »

Cette description n'est pas neuve évidemment ; elle répond en grande partie aux descriptions anciennes de Tyler Smith et autres auteurs, à celles de Cornil et Ranvier, mais elle nous a semblé intéressante à rapporter, étant donné que les idées de Ruge et Veit, qui nient l'érosion simple, tendent de plus en plus à être admises.

A la suite de la chute de l'épithélium cylindrique, lorsque l'inflammation est éteinte, il se fait une *réparation* plus ou moins rapide, analogue à celle qui se produit sur la déchirure du col. L'épithélium pavimenteux du vagin s'étend peu à peu, remplaçant l'épithélium cylindrique et vient recouvrir la surface érodée, emprisonnant les glandes dans un tissu cicatriciel ou amenant l'atrésie de leur orifice et permettant ainsi l'accumulation du mucus. C'est là le processus ultime.

Pendant longtemps l'épithélium cylindrique se reforme sur place, la couche profonde de la muqueuse résistant un temps très long à la destruction. Lorsqu'elle disparaît, le processus de cicatrisation se fait encore partiellement aux dépens de l'épithélium cylindrique qui s'étend de la périphérie de l'érosion, et de l'orifice des glandes ; l'épithélium de celles-ci formant comme des greffes épidermiques au milieu de la surface ulcérée.

On voit que nous sommes loin des idées de Ruge et Veit que nous rejetons absolument sur deux points : l'extension de la couche cylindrique venant se substituer à la couche pavimenteuse et la néoformation glandulaire.

La 1re théorie a été émise pour expliquer les ectropions considérables que l'on voit quelquefois, comme dans un des cas que rapportent Ruge et Veit, où presque toute la surface visible du col était recouverte d'épithélium cylindrique. Dans ces cas, on a affaire à des déchirures profondes du col, et à une éversion très accentuée par la puissance des fibres longitudinales.

Que, dans des cas semblables, on pratique le toucher, et l'on trouvera que les lèvres du col sont retournées, qu'on nous pardonne l'expression, en forme de bord de pot de chambre. Si l'on emploie l'artifice que conseille Emmet pour reconnaître les déchirures,

c'est-à-dire si l'on saisit chaque lèvre avec un tenaculum et que l'on essaye de les rapprocher, on sera tout étonné de voir disparaître la surface rouge granuleuse, érosion de Ruge et Veit, l'ulcération des anciens qui n'est que la muqueuse interne du col.

Cette 1re théorie repose du reste sur un fait que nous contestons absolument : c'est l'indifférence de la couche basale de la muqueuse qui pourrait produire tantôt de l'épithélium plat, tantôt de l'épithélium cylindrique. Nous avons déjà dit que ces deux variétés d'épithélium, provenant de feuillets différents du blastoderme, avaient une structure différente et ne pouvaient se remplacer que par destruction préalable de l'une ou de l'autre accompagnée de celle de la couche profonde.

Quant à la seconde théorie, elle tient naturellement à la première. Niant l'éversion considérable de la muqueuse interne, Ruge et Veit étaient obligés d'expliquer d'une façon quelconque la présence de glandes dans les parties souvent très éloignées du canal cervical ; c'est alors qu'ils ont imaginé la néoformation glandulaire, théorie ingénieuse, mais ne reposant pas, à notre avis, sur des bases bien solides.

Leur description et leurs figures se rapportent plutôt à des formes de début d'épithélioma qu'à un processus inflammatoire. Nous avons cherché en vain, sur de nombreuses pièces, à saisir sur le vif cette néoformation glandulaire, à voir les bourgeons épithéliaux pleins s'enfonçant au-dessous de la muqueuse et devenant creux... Nous avons bien vu, dans certaines préparations deux ou trois tubes partant de l'épithélium cylindrique ou pavimenteux et se terminant par un cul-de-sac qui paraissait rempli de cellules épithéliales, pouvant, pour un œil peu exercé, se rapporter aux figures de Ruge et Veit ; mais il était facile de reconnaître que l'on avait affaire à un tube glandulaire coupé obliquement.

Sur la partie supérieure, les cellules cylindriques se montraient de profil, laissant entre elles un espace vide, le canal de la glande ; à la partie inférieure, les cellules de l'une des parois étaient coupées transversalement par le rasoir et se montraient sous la forme de cellules polyédriques accolées les unes aux autres. Nous ne supposons pas un instant que MM. Ruge et Veit aient pu faire une erreur semblable, aussi aimons-nous mieux croire qu'ils ont examiné des cols déjà en dégénérescence cancéreuse.

Nous donnons à l'appui de nos idées sur la métrite du col quelques observations qui nous semblent pour ainsi dire schématiser les lésions diverses que nous venons d'étudier. Nous y avons joint une observation qui sort peut-être du cadre que nous nous sommes tracé, mais qui nous a paru fort intéressante, car elle semble représenter un épithélioma tout au début implanté sur des tissus modifiés par un processus inflammatoire chronique.

Observation I

Mme F. 8 grossesses. — Endométrite chronique très ancienne du col. — Bi-lacération du col, ectropion très marqué, allongement hypertrophique de la lèvre antérieure. — Cautérisations multiples. — Curage et amputation du col, procédé de Schræder. Examen de la pièce. (*Fig* 1).

Cette observation est intéressante en ce qu'elle nous montre très nettement les différentes transformations des glandes du col, sous l'influence des processus inflammatoire et de cicatrisation.

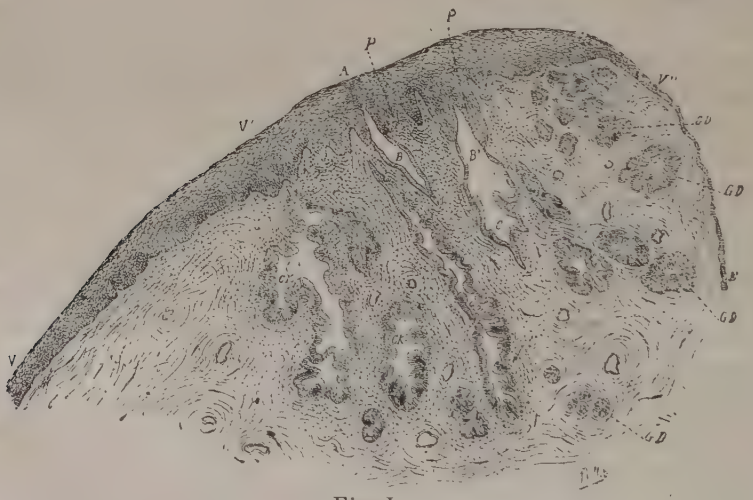


Fig. I.

En V est la muqueuse normale de la partie vaginale du col. Les couches épithéliales ont été figurées par erreur un peu plus

épaisses qu'elles ne le sont relativement au grossissement du reste de la figure.

En E est la muqueuse du col de l'utérus recouverte d'une couche unique d'épithélium cylindrique.

De V' en V'' se voit un ectropion cicatriciel résultant de nombreuses cautérisations faites en ce point.

En G D sont des glandes à peu près normales du col, plongées dans l'épaisseur du tissu musculaire ; leur lumière est presque nulle, leur épithélium est sain.

En G K on voit des glandes (coupées transversalement) ayant déjà subi l'influence de l'inflammation ; leur calibre s'est développé dans des proportions considérables. En même temps, elles ont subi un allongement et se sont enfoncées profondément dans le tissu musculaire. Leurs cellules épithéliales ont proliféré et augmenté de volume.

Autour des glandes quasi normales G D, il n'y a guère ou il ne reste que peu de traces d'une inflammation interstitielle ; le processus irritatif semble limité à l'épithélium. Aussi pour expliquer la production des diverticules et des plissements nombreux que l'on observe à la coupe de quelques-unes de ces glandes, doit-on admettre l'intervention du système musculaire qui, lorsque l'orifice de la glande redevient perméable, après un certain temps de rétention des produits de sécrétion, resserre la cavité dilatée, et plisse les parois.

En G D' est une coupe longitudinale d'une glande dilatée, on y voit un degré plus avancé.

L'inflammation, en C K et en G D', a pénétré profondément dans le tissu musculaire ; celui-ci a presque disparu tout autour des glandes pour faire place à du tissu conjonctif de nouvelle formation qui a déjà étouffé la plupart des petits vaisseaux. On trouve encore quelques cellules rondes infiltrées, indices d'un travail irritatif récent.

= En B et B' sont apparemment des plis de la muqueuse interne du col éversée, encore tapissée par de l'épithélium cylindrique. Ces plis, par suite de la formation d'un pont épithélial pavimenteux à leur surface vaginale, sont transformés en cavités quelquefois closes, mais le plus souvent présentant un orifice fistuleux très étroit comme celui que l'on voit en A. — L'épithé-

lium de ces cavités est différent de l'épithélium des véritables glandes, il est moins épais et se colore uniformément en rouge par le picrocarmin.

En C est une glande en partie étalée par suite de la rétention du produit de ses sécrétions et s'ouvrant dans un repli obturé par la cicatrice en B'. — On la reconnaît rapidement à son bel épithélium palissadé à longues cellules transparentes.

En P sont des coins d'épithélium pavimenteux cicatriciel s'enfonçant dans les replis de la muqueuse interne éversée et remplaçant l'épithélium cylindrique de cette partie du col.

Cette portion cicatricielle de la muqueuse du col est fort intéressante à étudier. A première vue, on constate une différence très notable avec la muqueuse vaginale normale V qui est caractérisée par ses fines papilles régulièrement disposées et par ses couches d'épithélium pavimenteux peu épaisses, alors que, dans la portion que nous étudions, les papilles sont très espacées, souvent énormes.

D'un autre côté, la couche épithéliale est trois ou quatre fois plus épaisse en certains points que sur la muqueuse normale.

A un fort grossissement, on constate que les cellules qui constituent ces couches épithéliales sont beaucoup plus volumineuses qu'à l'état normal, tant dans la couche profonde que dans la couche moyenne. Dans celle-ci, les cellules acquièrent souvent (comme on le voit dans la fig. 1) un volume considérable et subissent parfois la dégénérescence colloïde. On voit même, de distance en distance, des masses réfringentes dans lesquelles toute apparence cellulaire a disparu. Quand le processus est moins avancé, le noyau de ces grosses cellules est seulement repoussé vers la périphérie.

Cet état de l'épithélium indique une aberration de nutrition, une vitalité très grande en certains points, faible en d'autres.

Il serait intéressant de savoir si cette suractivité fonctionnelle est la résultante d'une influence microbienne ou simplement des cautérisations multiples faites sur la muqueuse interne du col éversé.

Observation II.

Mme B... Endométrite chronique du corps et du col. — Ectropion. — Dégénérescence kystique du col. — Pincement de glandes dans la cicatrice de la déchirure latérale. — Curage de l'utérus. — Amputation du col, procédé de Schrœder. — Guérison. — Examen de la portion du col enlevée au bistouri. — Coupe au niveau de la cicatrice du col.

En V est la muqueuse vaginale normale,

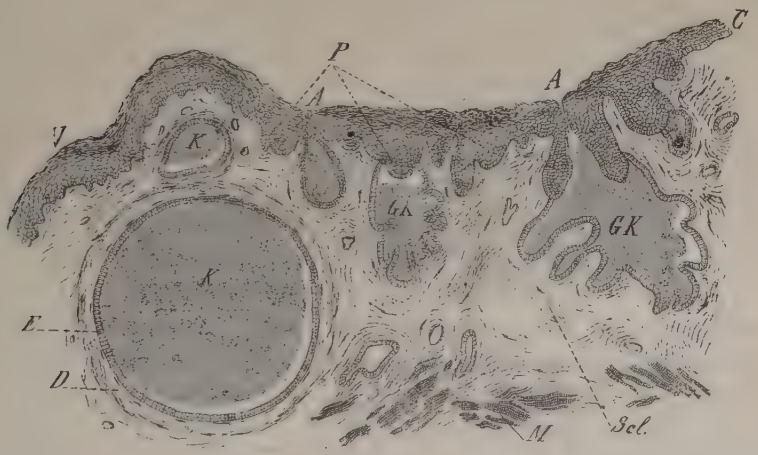


Fig. 2.

Dans la partie la plus voisine de ce point se trouve un kyste K gros comme un pois, enfoui dans l'épaisseur du col. Il est recouvert par une couche de tissu conjonctif, dans laquelle se voit un autre petit kyste gros comme une tête d'épingle, et par de la muqueuse vaginale de nouvelle formation.

Ce kyste est rempli de mucus filant et de débris de cellules épithéliales provenant de sa surface interne qui est tapissée d'une couche continue d'épithélium glandulaire E.

Sa capsule est constituée par des fibres de tissu conjonctif très dense (D) au milieu desquelles on trouve encore quelques fibres musculaires lisses, surtout vers les parties internes et externes.

Sur des coupes successives, il n'a pas été possible de trouver trace d'un orifice à ces glandes kystiques qui, par conséquent, doivent être considérées comme absolument oblitérées.

En se rapprochant de l'ouverture du col, on trouve quelques autres glandes (G K) qui, sans présenter le développement de celles que nous venons d'examiner, sont cependant dilatées ; mais, ici, on n'a plus la même régularité des parois. Des diverticulums, des culs-de-sac existent encore, quoique déjà en partie étalés par la pression intérieure.

Dans la coupe qui a servi pour la figure 2, on voit en A les orifices de ces glandes très étroits et expliquant, par leur atrésie, la rétention du mucus, malgré l'effort expulsif constant produit par le tissu musculaire du col.

On y retrouve les cellules épithéliales de ces glandes avec les mêmes modifications, dues à l'inflammation, que dans la fig. 1.

Le tissu musculaire a fait en grande partie place à du tissu conjonctif de nouvelle formation. C'est déjà une forme plus ancienne que la précédente, et la *régression scléreuse* domine.

Enfin, comme dans la fig. 1, l'épithélium cylindrique de la muqueuse interne du col évasé, a disparu et a été remplacé par de l'épithélium pavimenteux qui a pénétré dans tous les plis de la muqueuse, formant en certains points de véritables coins épithéliaux s'enfonçant très profondément dans l'épaisseur du col.

Observation III.

Mme A... Col cicatriciel douloureux. — Cautérisations multiples. — Amputation biconique du col. — Examen de la portion du col enlevé, fig. 3.

Ici la cicatrisation de l'ectropion, de l'ulcération, ainsi que les anciens auteurs appelaient cette lésion, est presque complète ; c'est-à-dire qu'il y a substitution de l'épithélium pavimenteux à tout ce qui était recouvert d'épithélium cylindrique dans cette

partie de la muqueuse : glandes et muqueuse interne du col. A peine reste-t-il encore quelques rares cryptes glandulaires en A et B.

En B, on voit la façon dont les glandes kystiques peuvent disparaître. La glande B, kystique, a été ouverte au thermocautère, sans doute. La cavité une fois vide, la muqueuse a été repoussée vers l'extérieur sous l'influence de la contraction du tissu musculaire.

Dans quelques cas, cette muqueuse doit venir faire hernie et apparaître comme un point rouge au milieu de la surface rosée du col. Qu'à ce moment l'épithélium glandulaire soit détruit, et

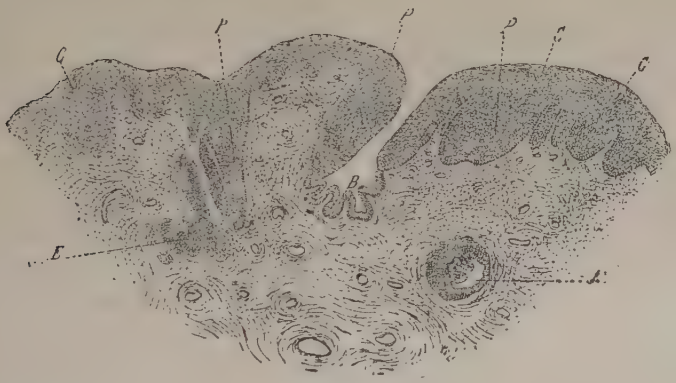


Fig. 3.

l'épiderme vaginal envahit tout ; la glande a disparu complètement. Sur le reste de la coupe, on voit que l'épithélium pavimenteux en couches stratifiées, très épaisses, P, a rempli tous les replis naturels de la muqueuse et les cavités creusées dans son intérieur par les pointes de feu appliquées comme traitement.

La disposition des couches épithéliales est assez intéressante à noter ; au milieu de ces gros clous épidermiques qui s'enfoncent dans les tissus, on voit parfois les cellules s'incliner en couches stratifiées, en forme d'entonnoir. Les cellules du milieu (C) sont presque cornées. Nous ne serions pas étonné qu'une coupe faite parallèlement à la surface de la muqueuse et coupant

perpendiculairement ces entonnoirs épithéliaux, ne donne l'aspect de globes épidermiques. Toutefois il serait facile de ne pas confondre cet aspect avec celui produit par un processus malin, le nombre des couches concentriques étant plus considérable et le volume de ces pseudo-globes épidermiques étant plus fort que de raison.

Les couches épithéliales sont nombreuses et très épaisses, comme dans la plupart des cas de cicatrisation du col, après des cautérisations répétées. A la coupe, il semblerait que l'on eût affaire à un papillome ; mais le processus est inverse, l'aspect papillaire n'est pas dessiné par l'hypertrophie des papilles, mais par les invaginations de la muqueuse.

Si on trouve quelquefois des îlots épithéliaux isolés au-dessous de la couche épithéliale, c'est qu'un diverticulum, un ancien cul-de-sac glandulaire actuellement rempli d'épithélium pavimenteux cicatriciel s'est présenté obliquement au rasoir, E fig. 3.

Dans cette même figure, on voit en A la coupe d'un tube glandulaire sectionné obliquement et se présentant sous l'aspect d'un anneau d'épithélium cylindrique bordé d'un côté par une série de cellules épithéliales pouvant être confondues avec des cellules pavimenteuses et qui ne sont autre chose que des cellules cylindriques coupées perpendiculairement à leur surface d'implantation.

Le tissu conjonctif sous-muqueux est très dense et très épais ; c'est un processus de *sclérose diffuse*. Les fibres musculaires sont, toujours comme dans les inflammations chroniques, situées beaucoup plus profondément que normalement.

Observation IV.

Coupe d'un col enlevé par amputation biconique pour catarrhe chronique et cicatrices douloureuses. — Début d'épithélioma ? — Mme N.... — Examen de la préparation microscopique.

La coupe a une forme conique ; le sommet G répond à la cicatrice et à l'ouverture externe du col.

En V de la figure, on voit à la partie inférieure, l'épithélium

normal du vagin avec ses fines papilles. Au-dessus, V' V'', les couches épithéliales de la muqueuse s'épaississent et ressemblent au tissu cicatriciel qui se forme sur les cols éversés dont l'épithélium cylindrique a disparu et a été remplacé par de l'épithélium pavimenteux, forme que nous avons déjà décrite et que l'on rencontre presque constamment.

Les cellules du corps muqueux sont très volumineuses ; il en est de même pour celles de la couche moyenne qui sont 3 ou 4

Fig. 4.

fois plus grosses qu'à l'état normal. Quelques-unes de ces cellules sont en dégénérescence colloïde.

A mesure que l'on se rapproche du sommet du cône G, on voit la couche épithéliale augmenter et prendre, en ce point, jusqu'à 2 millimètres d'épaisseur.

Au-dessous du sommet de ce cône, dans la profondeur des tissus, se trouve une glande B dont l'orifice semble complètement obstrué.

L'épithélium pavimenteux s'étend assez profondément sur chaque paroi. En examinant de plus près cette glande, on voit que l'on a affaire à une pseudo-glande formée par un repli, une invagination de la muqueuse interne du col, éversée à la suite de déchirure. Le sommet de ce repli est fermé en D par la couche d'épithélium pavimenteux qui forme pont et le réunit avec la muqueuse cervico-vaginale V".

On reconnaît, en effet, que l'épithélium qui tapisse cette pseudo-glande est différent de celui que l'on trouve dans les glandes normales ou même malades ; les cellules se colorent d'une façon plus intense par le picro-carmin et sur toute leur étendue. Elles sont du reste moins longues.

Un peu plus loin, on trouve des papilles du même genre et qui sont bien manifestement des replis de la muqueuse. En effet, sur leurs parois, on trouve quelques cryptes glandulaires.

Au-dessous du point précédent, vers la partie interne, se voit encore une pseudo-glande E. Au fond de ce repli de la muqueuse, apparaissent de véritables glandes, en grappes, bien caractéristiques avec leur épithélium typique (B').

L'épithélium pavimenteux superficiel se continue encore sur un espace de 2 ou 3 millimètres et s'arrête brusquement sur un repli papillaire. Aussitôt commence la couche d'épithélium cylindrique caractéristique de la muqueuse interne du col (F). Quelques plis papillaires se montrent encore, en allant vers l'intérieur du col ; ils dessinent, avec une accentuation plus grande, les sinuosités normales de l'arbre de vie.

La partie supérieure du cône, sorte de durillon épidermique, est fort intéressante à étudier, car il semble qu'il y ait là une formation *épithéliomateuse* tout à fait au début.

La couche épithéliale, avons-nous dit, a une épaisseur d'environ 2 millimètres. A un fort grossissement, on trouve, au milieu de cette masse de cellules épithéliales, cinq ou six points G où les cellules sont groupées comme dans les globes épidermiques de certains épithéliomas pavimenteux ; il n'existe encore que le groupement des cercles concentriques, et c'est à peine si, au milieu, on en voit déjà quelques-unes d'apparence presque cornée.

A côté de ces globes épidermiques, on trouve des coupes de papilles P, très allongées, fines et ramifiées, se montrant sous la

forme de quelques cellules de tissu conjonctif entourées de cellules épithéliales cubiques appartenant à la couche basale.

En multipliant les coupes, on trouve, au centre de la cicatrice en question, un plus grand nombre de globes épidermiques que sur les parties latérales, où du reste l'épaisseur de la couche épithéliale est beaucoup moins grande et revient peu à peu à la normale.

Il n'y a pas trace de tubes épithéliaux s'enfonçant dans l'épaisseur des tissus, autres que ces masses d'épithélium pavimenteux qui s'étendent sur les parois des papilles ; mais là, on n'a affaire évidemment qu'à un processus de cicatrisation analogue à celui que nous avons déjà décrit.

Sommes-nous en présence d'un début de processus malin ou de ces invaginations épithéliales dans le genre de celles décrites dans l'observation 3. Nous sommes portés à voir ici un début d'épithélioma, vu la forme et la multiplicité des globes épidermiques et l'épaisseur insolite de la couche épithéliale.

Il nous a du reste été impossible, en recherchant sur plusieurs coupes, de retrouver cette disposition en entonnoir des couches épithéliales superficielles qui pourraient, avons-nous dit, en imposer pour des globes épidermiques.

Il aurait été intéressant de pouvoir suivre la malade et voir s'il y aurait, un jour ou l'autre, développement d'un épithélioma bien caractérisé ; malheureusement elle a disparu sans que nous puissions retrouver sa trace.

D'un autre côté, n'y aurait-il pas développement ultérieur d'épithélioma, que l'on ne pourrait en conclure que ce n'était pas un début d'affection maligne, les parties malades ayant été complètement enlevées, et cela à un moment où on peut espérer une guérison complète.

Ce qui rend les insuccès si constants, les récidives si précoces dans l'épithélioma du col, même après l'hystérectomie, c'est que l'on reconnaît ordinairement l'épithélioma trop tardivement. Déjà il y a, presque toujours, propagation plus ou moins éloignée par les lymphatiques et on n'enlève jamais toutes les parties malades.

Ici la lésion est à peine ébauchée et est toute à l'extérieur. Les couches profondes du derme ne sont pas atteintes.

Nous devons faire remarquer que ce processus malin apparaît au milieu de ce tissu cicatriciel, que nous rencontrons si fréquemment dans les inflammations chroniques du col, au point où l'épithélium malade a une exubérance extraordinaire de vitalité, aussi pouvons-nous admettre l'opinion des Allemands, qui accordent aux lésions chroniques de l'endométrite cervicale, une part prépondérante dans le développement des affections épithéliomateuses, ce qui avait été nié par nombre d'auteurs : Nonat, Valleix, etc.

L'élément infectieux, quel qu'il soit, trouve dans ces épithéliums malades et déviés du type normal, un terrain favorable à son développement.

Est-ce cet agent infectieux qui, s'implantant sur des lésions invétérées, donne à l'épithélium cette vitalité intense qui se traduit par un épaississement souvent considérable de la couche cornée, dans les parties cicatrisées ? ou ne s'implante-t-il que tardivement et ne se développe-t-il que lorsqu'il trouve un terrain favorablement préparé ?

Ruge et Veit tendent à admettre plutôt la première opinion, puisqu'ils considèrent les lésions ordinaires de l'érosion comme le premier degré du cancer. Cushing, en Amérique, adopte aussi cette opinion.

Loin de nous cette idée de généralisation par trop absolue. Et, jusqu'à plus ample informé, nous ne considérons les lésions chroniques des cicatrices du col que comme un terrain favorable au développement de l'épithélium et non comme le premier degré de cette affection ; comme les plaques laiteuses de la bouche sont un terrain favorable au développement du cancroïde, sans en être le début.

On voit de suite quelle portée thérapeutique aurait l'opinion de Ruge et Veit, si elle était admise : cela amènerait tout simplement à exiger l'ablation de toute cicatrice un peu vicieuse et étendue du col et de toute lésion chronique de cet organe.

En tout cas, cela ferait rejeter absolument l'emploi des caustiques légers et violents auxquels on doit la production de cicatrices exubérantes. Il est vrai que si l'on se contentait de ce résultat, ce serait déjà un grand bien. Les lésions du col s'éterni-

sent, en général comme nous l'avons déjà dit, sous l'influence des cautérisations légères et répétées.

Considération plus importante encore pour la pratique courante : les dégénérescences kystiques sont une conséquence nécessaire de la transformation cicatricielle de l'épithélium cylindrique de la muqueuse en ectropion.

En agissant par les caustiques, pour hâter la guérison d'une lésion récente et légère, on prépare toute une succession de processus scléreux et douloureux, tout à la fois, en même temps qu'on condamne à l'oblitération les follicules malades sous-jacents à la cicatrice.

Nous devons donc conclure contre l'*épidermisation* obtenue thérapeutiquement de la muqueuse intra-cervicale éversée.

Le remède ainsi appliqué est pire que le mal qui en est l'objet.

OCTOBRE 1889

APERÇU SYNTHÉTIQUE

SUR LES FONCTIONS, LA PATHOLOGIE ET LA CHIRURGIE

DU

COL DE L'UTÉRUS[1]

Dans l'accomplissement des fonctions dévolues à l'appareil génital féminin, on considère généralement le rôle du col de l'utérus comme étant surtout de nature passive, et l'on attache une moindre importance aux phénomènes actifs dont il est le siège.

A

Son rôle de conduit vecteur pour les produits de sécrétion et le sang menstruel, aussi bien que pour l'introduction et le transport du sperme, cadre en effet avec cette vue ; mais je me réserve de mettre en relief le côté actif qui appartient au col utérin, soit qu'on le considère isolément, soit qu'on envisage la solidarité du jeu et de mouvements qu'il affecte avec les ligaments de la matrice et avec les faisceaux contractiles du vagin.

Considéré comme un simple *canal passif*, le conduit utérin normal a, dans son ensemble, une direction sensiblement rectiligne ; il est à peine coudé à l'isthme.

— Son calibre est toujours suffisant pour sa fonction.

(1) Mémoire lu au dernier Congrès français de chirurgie en octobre 1889.

— La structure de sa muqueuse et les reliefs singuliers de sa paroi assurent, par une sorte d'appareil de drainage, la perméabilité de l'organe dans les deux sens : de l'extérieur vers l'intérieur et inversement. La sécrétion modérée du mucus cervical cadre avec un effet utile, sans jamais nuire à la fonction. La grande alcalinité de ce mucus paraît être le contre-poids nécessaire à la neutralisation des produits habituellement acides de la vulve et du vagin.

L'intégrité de l'épithélium cilié paraît en outre indispensable à l'ascension des spermatozoïdes.

A ne considérer maintenant que les phénomènes initiaux de la fécondation, on peut juger aisément que le rôle primordial appartient au museau de tanche. L'orifice externe est surtout en cause et il est la véritable *porte de la fécondation*. Cette importance décisive, dans la disposition et la forme des parties qui concourent à l'introduction des spermatozoïdes dans l'utérus, se vérifie par ce fait que, chez les femmes vierges, le relief du museau de tanche, au fond du vagin, est insignifiant, la profondeur des culs-de-sac est quasi nulle et le vagin lui-même est calibré d'une façon sensiblement égale dans toute son étendue. En sorte que l'insertion supérieure de ce dernier conduit encadre le pourtour de l'orifice externe qui paraît ainsi constituer, et qui constitue en réalité le débouché terminal des voies génitales externes, sans qu'un diverticule puisse égarer le liquide fécondant.

Les insertions ligamenteuses ont une part active au maintien de cette disposition, et la conservation de l'énergie musculaire en est la meilleure garantie. — Lorsqu'après un premier accouchement, l'effraction des voies génitales a modifié favorablement les conditions mécaniques pour une nouvelle conception, soit en distendant le vagin, soit en affaiblissant la musculature extrinsèque, nous retrouvons heureusement la contre-partie de cet effet fâcheux, d'abord dans le regain d'énergie et de force que l'involution apporte aux structures musculaires rendues atones pour un temps ; et, d'autre part, dans l'agrandissement de l'orifice externe du col qui compense largement l'ampleur acquise des culs-de-sac.

Au résumé, si, chez la fille vierge, le sperme trouve un orifice étroit à franchir, il est conduit, en revanche, par une voie

directe, sans écart possible. Si, chez la femme qui a enfanté, le conduit vaginal est plus large, l'orifice utérin est sensiblement plus ouvert et d'autant plus accessible. C'est de la sorte que se conserve l'aptitude normale aux fécondations successives.

Lorsqu'une déformation extrême vient vicier ces dispositions respectives du col et du vagin, l'aptitude diminue et peut même disparaître ; car, ainsi qu'un col allongé et conique avec un vagin normal ou à peu près, chez une femme nullipare, réalisent un obstacle matériel à la fécondation, — un orifice élargi, avec un vagin très relâché et flottant, amènent le même résultat chez la pluripare.

Je suis amené, par cette simple considération, à envisager, dans cette rapide étude, non seulement le col utérin, mais les organes connexes qui, au point de vue du fonctionnement de celui-ci, sont absolument essentiels.

Je ne dirai rien de l'action énergique que le muscle releveur de l'anus exerce sur la fonction régulière des actes de la fécondation, ni en particulier, de l'action du spasme du col ; cela m'entraînerait trop loin.

Mais on oublie trop facilement les recherches des anatomistes français.

En fait de structure, Forget a montré comment se relient les faisceaux longitudinaux du vagin avec les lèvres antérieure et postérieure du museau de tanche. Il y a continuité absolue. de telle façon que chaque colonne vaginale se termine à l'utérus par une sorte de patte d'oie faite de trois divisions de fibres : les unes remontent sur l'utérus en se continuant avec les faisceaux longitudinaux ansiformes du corps, — les autres sont récurrentes en haut et se jettent sur la vessie en avant, sur le rectum en arrière, — les troisièmes, courtes, sont récurrentes en bas, sur la lèvre correspondante du col où elles se terminent. Cette fusion des faisceaux musculaires du vagin et du cervix est pleine d'intérêt, et l'on comprendra que loin de nous laisser entraîner à une digression, nous cherchons, en rappelant cette donnée, à grouper les faits de façon à arriver à une solution utile.

Au point de vue des mouvements solidaires du vagin postérieur et du col, — au point de vue des changements de forme et de

direction de l'orifice externe, sous l'influence d'un spasme subit ou d'une action contractile répétée, la notion anatomique précédente est précieuse en effet.

Il me suffira de rappeler la théorie sage et réservée de Nœgelé sur l'ouverture du col au moment de l'accouchement, chez les pluripares. L'orifice externe devient béant le premier, parce que, le premier, il subit une action contractile, une tension permanente de la part des fibres vaginales du col.

Chez toute fille ou femme, sous l'influence d'un spasme, la lèvre antérieure du col peut être relevée, attirée en avant, et comme allongée.

Enfin, grâce à ces fibres récurrentes, le col se forme après avoir été distendu au maximum par le passage de la tête pendant l'accouchement.

Si j'ai insisté sur ces points, c'est qu'il ont une importance considérable au point de vue des phénomènes de la fécondation et pour l'intelligence des troubles pathologiques du fontionnement du col, aussi bien que pour les applications thérapeutiques.

B

Je laisse maintenant ce rôle de conduit dans lequel prédominent les deux faits : 1° disposition de l'orifice, — 2° épithélium sécrétant et cilié de la muqueuse.

La texture musculaire du stroma du col répond à des *phénomènes actifs* et variés en rapport avec la fonction.

A ce titre, le col est un agent de *rétention* de l'œuf, fécondé pendant la gestation, et un agent *modérateur* de la sortie du fœtus pendant la première phase de la parturition.

C'est donc comme *sphincter* qu'il agit en cette double circonstance. La prédominance des fibres circulaires sur les faisceaux longitudinaux qui viennent se terminer sur le museau de tanche, assure cette action si importante.

Le rôle du sphincter musculaire est précieusement aidé par la ceinture vasculaire qui entoure le col, dans sa portion sus-vaginale, et qui fait de l'isthme utérin un véritable tissu érectile, au

niveau duquel les faisceaux musculaires disjoints et affaiblis ne sont plus qu'une membrane *cribriforme.*

Toutefois, le maintien du tissu musculaire et l'intégrité de l'influx nerveux sont des garanties de résistance de cette région, intermédiaire au corps et au col de l'utérus proprement dit, région si fragile, au niveau de laquelle les troubles constitutionnels retentissent indubitablement.

Cet aperçu suffit à préparer les déductions que je tiens surtout à mettre en relief maintenant.

C

Toute la pathologie du col utérin est dans ces trois mots :

Traumatismes ;

Inflammation ;

Processus dégénératifs ou néoplasiques.

Je laisse la tératologie de côté ; je ne m'occuperai pas davantage ici des néoplasmes.

Une résultante presque fatale de l'inflammation et du traumatisme, dans une région essentiellement musculaire et active, c'est la *déformation.*

Aux groupes pathologiques énoncés correspondent des troubles complexes dans lesquels la *santé générale* et la *fonction* ont une part presque parallèle et inséparable.

Je me bornerai à une incursion rapide dans ces différents domaines.

a) = Le *traumatisme* est violent ou modéré, instantané ou lent, mais il aboutit généralement à des effets semblables.

Tantôt c'est la perte absolue de l'action contractile, par suite de solutions de continuité étendues.

Le résultat pathologique de ces lésions se résume dans les troubles divers qui affectent la santé : douleur, sécrétions viciées ou exagérées.

Le résultat *fonctionnel* est plus important encore.

Outre la mise à nu de la cavité cervicale par suite des déchirures, on verra le pouvoir rétenteur du col faiblir, chaque fois que le sphincter sera compromis dans une proportion notable, c'est-à-dire divisé jusqu'au voisinage de l'orifice interne et même au delà de cet orifice : l'avortement répété des premiers mois peut être la conséquence de cet état morbide. La brusque sortie du fœtus et les inconvénients de l'accouchement *trop rapide* se produisent, si la malade arrive à terme.

Des traumatismes, moins violents, mais répétés, compromettent parfois, à la longue, le fonctionnement du col utérin en ce qu'ils aboutissent à des déformations fâcheuses. J'ai dit un mot précédemment de l'importance que la disposition respective du col et du vagin acquiert au point de vue de la fécondation.

Le traumatisme relatif, représenté par la répétition du coït, surtout d'un coït disproportionné, amène souvent par le jeu régulier des attaches ligamenteuses d'une part, et par l'ampliation progressive du fond du vagin d'autre part, une double déformation qui se résume en ces deux termes : culs-de-sac vaginaux très larges ; col allongé, déformé coniquement et souvent fléchi.

Les accouchements nombreux, sans traumatisme brutal, mais suivis d'une involution incomplète, aboutissent à peu près aux mêmes effets.

Or, les troubles fonctionnels ci-dessus, qui sont des résultantes tardives des traumatismes modérés, ont un corollaire dans les conséquences pathologiques suivantes : déplacement de l'utérus, relâchement des ligaments, pesanteurs, douleurs parfois, troubles de la menstruation, souvent gêne ou incapacité de la marche : en sorte qu'ici la fonction et la santé générale ont, comme précédemment, subi une atteinte grave.

b) = Je laisse le traumatisme pour passer à *l'inflammation*. Elle se combine fréquemment avec le traumatisme, et cette combinaison est la cause la plus efficace des déformations graves qui affectent la région.

L'inflammation seule, isolée du traumatisme, suffit d'ailleurs à produire de grandes perturbations, et on le comprendra aisément

si on considère que les organes qu'elle atteint ici sont essentiellement musculaires.

L'*endométrite* cervicale amène l'ectropion muqueux du col, comme la rectite, la conjonctivite, etc...., amènent la hernie des muqueuses correspondantes, en ectropion.

La théorie de l'ulcération, théorie classique jusqu'à ces derniers temps, est à peu près morte aujourd'hui. Il restait des doutes sur quelques points limités, mais ces doutes s'éclaircissent tous les jours.

J'ai contribué, pour ma part, à fournir l'interprétation de quelques faits. Dans divers travaux dont le premier date de 17 mois (mémoire lu au Congrès gynécologique de Madrid, en mai 1888) et a été suivi par un mémoire écrit en collaboration avec mon élève et ami le Dr Mangin, de Marseille, dans une communication que j'ai faite à la Société de médecine de Paris, l'an dernier, et dans un nouveau mémoire enfin dont la publication s'achève actuellement, j'ai montré que le processus *ulcératif* vrai, auquel les Allemands, en particulier, accordent un certain rôle, ne s'observe que sur des cols affectés autrefois d'ectropion primitif, cicatrisé artificiellement par revêtement d'épithélium pavimenteux, et ulcérés secondairement par excès de tension et chute de la cicatrice.

J'ai appelé ces pseudo-ulcérations : *ectropion secondaire.*

Dans le même ordre d'idées, j'ai tenté de faire ressortir les fâcheux effets des applications caustiques sur les ectropions, et les conséquences déplorables des cicatrisations obtenues par les acides ou le thermocautère. Cautérisation a plat, cautérisation profonde, le résultat est le même : cicatrisation vicieuse altérant la fonction de la muqueuse sous-jacente et aggravant le processus.

Je dois déjà faire une incursion dans la thérapeutique. On conçoit aisément que toute action, dite cicatrisante, laquelle aura pour effet de transformer l'épithélium cylindrique qui revêt tout ectropion cervical grand ou petit, en un vernis pavimenteux solide, amène fatalement l'oblitération des conduits glandulaires nombreux qui s'ouvrent sur la surface en ectropion.

Le premier résultat, c'est la suppression d'un exutoire ennuyeux pour la malade, et souvent c'est un cri de victoire pour le médecin. La suite seule en révèle les effets fâcheux.

Si quelques femmes, en effet, ont la chance de voir la muqueuse cicatrisée, s'atrophier et les organes de sécrétion qu'elle contient s'oblitérer, par contre, la plupart subissent tous les effets de la rétention forcée des produits sécrétés, des tuméfactions chroniques et récidivantes.

On appelle généralement *congestions à répétition*, ces crises de douleurs fort longues et fort pénibles qui reparaissent presque à chaque menstruation et ne sont soulagées que par la décongestion qui suit l'époque menstruelle.

Enfin, le plus déplorable, est que l'inspection au spéculum révélant une muqueuse nette, unie, sans perte de substance ou érosion, le diagnostic s'égare sur des idées de poussées hypertrophiques du stroma, — toujours la congestion, — tandis que, sous cette apparence, se cache un processus *sous-cicatriciel*, qui mûrit sous l'enveloppe cornée laquelle étreint et contient une muqueuse sécrétante dont la lésion primitive est restée latente. Le loup a été enfermé dans la bergerie !

Au bout d'un certain temps des saillies apparaissent, des follicules s'ouvrent spontanément ou sont ouverts artificiellement. Leur contenu, parfois purulent, montre bien que l'infection n'était pas éteinte dans la profondeur des follicules, lorsque le caustique favorisait la cicatrisation de la surface.

Le dernier terme de cette lésion chronique est la dégénérescence kystique qui fait parfois ressembler le col à une grappe dont les saillies glandulaires, superficielles et profondes sont nombreuses.

Lorsque l'ignipuncture a compliqué ce processus, des clous de sclérose se sont enracinés dans le tissu du col, et les phénomènes de tension, de douleurs, etc..., en sont aggravés d'autant.

Je n'ai pas le droit d'insister davantage sur ces points étudiés par d'autres auteurs, Schrœder, Emmet, Cornil entre autres, mais j'ai le droit de montrer ma surprise que ces données anatomiques, résultat d'études histologiques précises, n'aient pas suscité des notions cliniques et thérapeutiques, autres que celles qui sont défendues, même par les élèves de l'école allemande, où l'on voit l'usage des caustiques sur l'ectropion recommandé dans la pratique.

Les conséquences mécaniques et fonctionnelles de ces troubles

sautent aux yeux des observateurs : *allongement* du segment moyen du col, *atrésie du conduit* cervical, *déviations*, *abaissements*, etc....

Une autre conséquence est l'entretien et le réveil des affections salpingo-ovariques. Je ne veux pas entreprendre de discussions à ce sujet, car j'aurais à combattre l'exclusivisme trop absolu de certains chirurgiens. Je dirai seulement que les lésions inflammatoires interstitielles du stroma cervical, les folliculites profondes sont pour moi la cause la plus fréquente des poussées métro-péritonitiques, et la pratique m'a montré, après une expérience de plus de cent opérations bien conduites, que dans un grand nombre de cas, on constate que : morte la lésion cervicale, morte aussi est la lésion ovarique, salpingitique ou péri-ovaro-salpingitique.

Cette conclusion n'est pas pour nier, d'une part, l'extension des phlegmasies utérines par la voie muqueuse, ni l'influence fâcheuse d'une lésion des annexes sur l'état du col.

L'inflammation modifie aussi la forme du col, et quand elle siège en même temps au fond du vagin et dans les travées ligamenteuses juxta-cervicales, elle a le plus fâcheux effet pour la statique normale, la tonicité du vagin qu'elle relâche, le jeu des soutiens de la matrice qu'elle paralyse.

En ce qui concerne précisément le col, je veux faire remarquer seulement un fait que tous les cliniciens ont observé et sont à même de contrôler souvent, c'est la fréquence des *flexions antérieures* portant uniquement sur l'union du segment vaginal du col avec son segment sus-vaginal, et non sur l'isthme lui-même.

Cette déformation favorise nettement l'éversion de la lèvre antérieure qui se relève, son allongement apparent, l'apparition de l'ectropion antérieur et une sorte de conicité du col qui, surtout après la cicatrisation de l'ectropion, montre le museau de tanche comme taillé en biseau aux dépens de sa lèvre postérieure. Il n'est pas nécessaire pour cela qu'il y ait eu un traumatisme obstétrical préalable ; cette apparence se montre, en l'absence des déchirures latérales dues à l'accouchement, chez des jeunes filles affectées de catarrhe cervical et chez nombre de jeunes femmes peu après le mariage, surtout lorsqu'il existait, antérieurement aux

rapports sexuels, une leucorrhée qui n'a pas tardé à dégénérer en une sécrétion infectieuse.

Dans cette apparence vicieuse, nous retrouvons, d'une part, l'action rétractile du faisceau longitudinal du vagin, et la paralysie des fibres sphinctériennes du col, sous-jacentes à la muqueuse, d'autre part.

La fusion de la colonne vaginale postérieure avec la lèvre postérieure du col, avec le rectum et les ligaments utéro-sacrés, me conduiraient à des déductions de même ordre.

On saisit bien le rôle des faisceaux vaginaux sur l'éversion des lèvres du col, lorsque une vaginite postérieure prolongée ayant affaibli et altéré la structure du vagin, détruit l'union de ces faisceaux musculaires avec le museau de tanche et le libère en quelque sorte. On voit alors le vagin comme décollé et flottant autour du col. Le col remonte et fuit sous le doigt explorateur, tandis que l'examen au spéculum le montre représenté seulement par un orifice, au fond d'un cul-de-sac infundibuliforme.

Ce sont les deux déformations entre autres dans lesquelles l'action troublée de la musculature, à défaut du traumatisme, suffit à briser les conditions normales favorables à la fonction.

De l'existence du sphincter vasculaire dont j'ai parlé, se déduit la possibilité, même dans un col affaibli et atone, de spasmes localisés à l'orifice interne où l'action vasculaire tient la place de la contractilité musculaire du tissu propre.

Mais une conséquence autrement importante découle des altérations de structure des vaisseaux, artères et veines : l'athérome précoce, l'affaiblissement des parois veineuses, les phlébites, si fréquentes autour des traumatismes cervicaux, amènent la perte de la solidarité de structure entre le corps et le col de l'utérus : d'où atonie du segment moyen et déformation consécutive caractérisée par une flexion de l'organe, à l'isthme.

Je n'insiste pas autrement sur ces variétés de conformations vicieuses, résultat d'une inflammation qui n'a pas été observée dès son apparition, bien plus que d'un vice congénital dont on accepte trop facilement la réalité dans la pratique, à mon avis.

Un fait qui se dégage de cette incursion rapide dans la pathologie du col, c'est que l'inflammation et le traumatisme se combi-

nent généralement, et qu'en pratique, l'ectropion, par exemple, n'est jamais pur, pas plus qu'une déchirure latérale du col ne doit être supposée indemne de processus inflammatoire.

Une autre idée qui domine, c'est la coïncidence et la dépendance réciproque des troubles fonctionnels, avec les troubles symptomatiques révélés par la constatation simple des lésions.

La conclusion est, en matière de thérapeutique, la nécessité de viser toujours un double objet : le maintien ou le rétablissement de la fonction, la guérison des lésions.

Or, si, le plus souvent, l'application de la thérapeutique chirurgicale ou médicale cadre avec cette double nécessité, les cas sont trop nombreux encore où malheureusement un usage fâcheux prévaut, comme ceux où le choix d'un procédé est livré soit au hasard, soit à l'habitude.

Je voudrais, en peu de mots, non pas épuiser le sujet, mais donner quelques exemples de nature à faire comprendre ma pensée.

Lorsque se produit, au cours d'un accouchement, la rupture étendue du col, la pratique se refuse à la trachélorrhaphie immédiate qui est la seule conduite rationnelle, puisque cette lésion a énormément de chance de persister avec tous les inconvénients des cicatrisations secondaires.

Même, pendant une grossesse menacée, dans son cours, par l'insuffisance d'un sphincter cervical déchiré antérieurement, j'ai conclu à la restauration du col. J'ai obtenu une heureuse issue de mon intervention.

En présence d'une lacération ancienne, avec ectropion muqueux, on adopte presque indifféremment la trachélorrhaphie ou l'abrasion plastique de la muqueuse, sans se soucier de ce fait que, si la muqueuse est enflammée, on ne guérira pas l'endométrite en refermant le col. On semble encore oublier qu'en suturant un col déchiré, très déformé, on en fait un organe conique peu apte à la fécondation.

La discussion entre les deux opérations aurait encore d'autres bases sur lesquelles je ne puis pas insister. Mais j'ajouterai autre chose, en ce qui concerne la trachélorrhaphie ou opération d'Emmet. Combien de chirurgiens qui paraissent ignorer que le

processus scléreux profond, qui avoisine l'angle des déchirures anciennes, veut être parfois fouillé au delà de l'orifice interne, sans quoi il persistera une lésion renfermée au loin, source de troubles nouveaux et de douleurs continuelles ! — On vise, en somme, trop souvent, une opération réglée là ou les indications sont toutes dépendantes de lésions dont l'étendue est inconnue, à moins qu'on n'ait cherché à la préciser préalablement par une exploration chirurgicale profonde.

Je ferai la même remarque à propos des stomato-plasties du col, surtout lorsqu'il y a des kystes profonds dans l'épaisseur du tissu cervical. On abat un cône restreint sur chaque lèvre et on laisse des nids de follicules qui feront leur apparition au bout de quelques mois. Avec l'écraseur, cette faute était fréquente, mais, même avec le bistouri, on la commet encore et c'est pour l'avoir commise, à mes débuts, que j'ai été amené à vous communiquer ces réflexions.

Je laisse la déchirure et je passe maintenant au traitement de *l'ectropion* lui-même considéré comme surface anormalement exposée.

Ce que j'ai dit précédemment m'amène nécessairement à la conclusion que la cicatrisation artificielle est une pratique erronée, basée sur une erreur anatomique. Par conséquent, pour me résumer d'un mot, je dirai que les traumatismes cervicaux veulent être réparés *frais*, lorsqu'ils sont modérés ; j'ajouterai qu'à défaut de cette réparation immédiate, la thérapeutique doit se borner à favoriser leur réparation dans un milieu aseptique, et abandonner toute pratique antiphysiologique, comme la cautérisation que l'on pratique si volontiers, même en pleine période d'involution, deux ou trois mois après un accouchement. Il est permis de prévoir que *tant que les médecins persisteront à créer des cicatrices artificielles sur le col malade, le couteau du chirurgien aura beaucoup à faire*.

Une autre considération qui domine, dans cet exposé, c'est l'obligation où se trouve le gynécologue de varier son intervention, de la simplifier ou de la compliquer volontairement, en vue de la restauration fonctionnelle du col.

C'est ainsi qu'on aura beau sectionner un col conique, si on laisse persister la flexion de l'utérus et l'endométrite, on aura fait œuvre nulle et réciproquement.

Le curetage d'une endométrite du corps n'améliorera nullement l'état du col, et c'est là le secret de beaucoup d'échecs du curetage.

Le redressement d'un utérus fléchi, fait au moyen d'une gymnastique appropriée, qui a été étudiée ailleurs, ne suffira pas à favoriser la fécondation, même en y ajoutant la dilatation, même en opérant la stomato-plastie, si le vagin reste lâche et trop ample. Il faudra y ajouter une opération complémentaire sur le conduit.

J'ai hâte de terminer cet exposé dans lequel j'ai élevé la voix en faveur d'une thérapeutique qui, avec son apparence de radicalisme, est uniquement basée sur la donnée physiologique et laisse volontiers le côté brillant pour voir le côté utile, répudiant les interventions insuffisantes et nuisibles, dans les cas légers, et n'hésitant pas à user de tous les procédés réparateurs lorsque leur nécessité est réellement démontrée.

N. B. — Depuis la lecture publique de cette note au Congrès d'octobre, les discussions à la Société de chirurgie ont amené l'exposé de pratiques diverses touchant la thérapeutique du col. J'ai traité, par suite, ces mêmes points dans une note à l'académie de Médecine que l'on pourra lire à la page suivante.

AVRIL 1890

MÉTRITE DU CORPS, MÉTRITE DU COL

Par le Dr **A. Doléris** (1)

Il y a près de **six ans** (1884) que je déposais sur le bureau de l'Académie un pli cacheté concernant le traitement de la métrite par l'écouvillonnage antiseptique de la matrice.

Cette note renfermait les bases d'un système thérapeutique dont la formule, très simple alors, pouvait se résumer dans ces deux termes :

1° Innocuité du traitement sanglant intra-utérin pratiqué avec des précautions antiseptiques rigoureuses.

2° Nécessité de traiter les formes rebelles de l'endométrite par des procédés directement appliqués à la muqueuse utérine.

Depuis cette époque, la question s'est agrandie de jour en jour et, **dès 1886**, je livrais à la publicité le résultat de mes tentatives au moyen du curetage que nous devons à l'initiative de Récamier.

Des pratiques accessoires avaient naturellement trouvé place dans l'ensemble thérapeutique nouveau ; les procédés divers de dilatation, les irrigations antiseptiques intra-utérines à l'aide d'instruments spéciaux, l'usage courant du cathétérisme utérin vulgarisé autrefois par Huguier, l'abaissement du museau de tanche institué par Lisfranc, soit pour fixer l'utérus, soit pour redresser une flexion excessive, gênante pour les manœuvres : tels étaient les éléments de cette nouvelle technique.

(1) Communication à l'Académie de Médecine (15 avril 1890).

Depuis deux ans enfin, la pratique du drainage antiseptique permanent de la cavité utérine largement dilatée au préalable, m'a été suggérée par l'idée théorique d'évacuer certaines collections liquides de la trompe déjà disposées à chercher spontanément une issue vers la cavité utérine.

Il est inutile de rappeler les publications et les discussions qui ont en somme servi heureusement à vulgariser et à répandre une pratique assez mal accueillie par les uns, combattue par les autres et desservie surtout par le silence de ceux dont l'opinion s'ignorait ou se réservait encore.

Récemment, la Société de chirurgie, dans une discussion que M. Bouilly a eu le mérite de soulever, est venue apporter, par une sorte d'acquiescement unanime à la thérapeutique chirurgicale de la métrite, la plus précieuse sanction que l'on pût lui souhaiter.

Si la question est restée enfermée dans les mêmes limites que par le passé, sans qu'un fait nouveau, une idée nouvelle, ni un point de vue original aient surgi dans cette discussion, ce n'est pas que la matière n'y prête largement, mais il semble que l'accord était plus facile sur le terrain où M. Bouilly s'est cantonné, à savoir sur les bases de la thérapeutique intra-utérine.

Son *innocuité*, appuyée non plus aujourd'hui sur la statistique étrangère, mais sur une statistique française de près de deux mille cas, est déjà un premier point acquis sur lequel il est inutile d'insister.

Son *efficacité* prête à des considérations plus réservées.

Enfin, ses *contre-indications* veulent encore être fixées avec certitude.

Je veux tenter de résoudre quelques-uns de ces desiderata.

Voyons d'abord la méthode en elle-même.

Je regrette de ne pouvoir baser mes déductions que sur une pratique de dix années et sur un ensemble de 700 cas environ, soit une moyenne totale de 80 cas par an, ainsi que cela ressort des tables d'une année, publiées dans la thèse de mon élève le docteur Boureau. Je n'ai pas l'avantage de ceux qui, au dire de M. Championnière, trouvent cinq cents cas à opérer dans une année, mais si la rigueur de l'observation et le contrôle du temps

peuvent suppléer au nombre, mon expérience pourra, j'espère, paraître suffisante.

Je ferai d'abord ressortir que le traitement des affections génitales par une opération unique est un objectif illusoire qui doit être mis hors de discussion. Dans l'espèce, et en ce qui concerne purement la métrite, il ne s'agit pas, en effet, de décréter que telle intervention répond à toutes les nécessités morbides et que telle autre est superflue.

Adopter exclusivement la curette ou l'écouvillon, rejeter la dilatation préalable, négliger les lavages antiseptiques intra-utérins, vanter l'usage de tel ou tel topique caustique après le curage, uniquement parce que les résultats opératoires n'ont pas été fâcheux, ne prouve pas la légitimité et le bénéfice de ces pratiques exclusives dans leur résultat thérapeutique. Je puis dire, pour mon compte, que de mes recherches laborieusement poursuivies pendant dix ans, j'ai tiré une tout autre conclusion : c'est justement dans la combinaison des actes opératoires énoncés précédemment, je pourrais dire dans l'ordonnance méthodique et réglée d'une technique qui n'est jamais ni trop soigneuse, ni trop méticuleuse, que j'ai trouvé la solution du problème.

Je passe sur cette taquinerie devenue tellement banale qu'elle mérite à peine d'être relevée, qui me fait attribuer la pratique exclusive de l'écouvillonnage sous prétexte que j'ai imaginé ce procédé de curage de la matrice (1).

Assurément ce fut pour moi un grand pas de fait lorsque je connus l'innocuité absolue du nettoyage de l'utérus avec cette espèce de balai à crins rigides imprégné d'un topique antiseptique.

Mais, dès que l'insuffisance de mon instrument me fût démontrée, pour certains cas invétérés, je n'hésitai pas à lui substituer un moyen plus efficace : la curette.

Dans tous les cas, l'écouvillon est un précieux auxiliaire.

Je crois pouvoir résumer en disant que c'est dans la *transformation successive et dans le perfectionnement des procédés*, peut-

(1) Il suffit de lire le mémoire que j'ai publié en 1885, pour voir que la curette est mon instrument de choix (pages 37 et séquentes : choix de la curette ; — Page 39 : Manuel de la conduite et de l'introduction de l'instrument dans l'utérus ; — Page 68, aux conclusions : etc.)

être aussi dans la *précision des règles opératoires* qu'est tout le mérite de ma contribution à une méthode, dont l'invention première appartient exclusivement à des médecins français. Je n'en réclame pas d'autre.

C'est mon seul orgueil que d'avoir fait revivre en France les découvertes de Récamier, Lisfranc, Huguier, d'abord en leur assurant le succès par l'antisepsie rigoureuse, ensuite en les réunissant dans un procédé complexe, en apparence, mais simplifié en réalité par la coordination raisonnée des actes opératoires.

Le curage de l'utérus ainsi compris n'est plus une opération, c'est toute une méthode. A chacun des éléments de cette méthode échoit un but à réaliser.

Là est la seule différence de la pratique française actuelle avec celle d'autres pays où cependant la gynécologie a reçu depuis longtemps une vive impulsion.

Là est aussi, à mon avis, sa supériorité que nous pouvons revendiquer hautement.

Je passe à l'*efficacité de la méthode*.

La cause des échecs du curage est dans ce fait qu'on lui a demandé ce qu'il ne peut pas donner.

Les lésions complexes, englobées trop souvent sous le terme univoque de MÉTRITE, celles qui disparaissent au second plan, dans l'esprit de beaucoup de praticiens, réclament une thérapeutique spéciale.

Pas plus que l'on ne saurait traiter de la même façon la luxation, la fracture ou les plaies d'un membre, on ne peut prétendre à guérir, par une intervention unique, les *traumatismes*, les *inflammations*, les *déviations* de la matrice.

Il faut nécessairement régler les indications suivant les lésions, suivant leur nature, leur importance, leur siège, leur degré. Toute thérapeutique qui sera dirigée sans l'appréciation exacte des détails du diagnostic sera forcément fruste et empirique. C'est ce qui était aisé à prévoir, et c'est ce qui est arrivé.

Or, que peut-on demander à la curette si ce n'est exclusivement l'abrasion de la muqueuse du corps de l'utérus, qui est de sa nature molle, comme pulpeuse, caduque et que le plus petit effort détache du plan musculaire sous-jacent ?

Prétendre, en raclant avec un instrument mousse ou même tranchant, atteindre les diverticules du col utérin, plongés au sein des travées du stroma, les follicules anfractueux où se réfugient et se cantonnent de préférence les processus morbides, est une illusion que les simples notions anatomiques suffisent à détruire.

Le curage ne peut pas guérir la métrite cervicale.

Voici ce que j'écrivais, il y a bientôt 4 ans, en juin 1886 :

Il s'agit des conditions qui favorisent la persistance de l'endométrite sous la forme chronique : « (1) Si l'on interroge cliniquement l'allure de l'inflammation dans l'étendue des voies génitales, on la voit persister avec les caractères les plus accentués de la chronicité : au *vagin*, dans les glandes folliculaires du vestibule; à *l'utérus*, dans les follicules du col. La disposition anatomique et la nature infectieuse du virus suffiraient, à défaut d'autres conditions, à expliquer la ténacité de la métrite. »

Et, en effet, la localisation *cervicale* du gonocoque est acceptée aujourd'hui sans exception, par les auteurs qui se sont livrés à sa recherche. Le microbe de la gonorrhée vit au contact des éléments caliciformes du col, aux dépens du mucus alcalin très favorable à sa multiplication.

Plus loin, je dis : « Dans ces conditions, on peut comparer l'état de l'utérus affecté d'inflammation endométritique virulente ou septique, à l'état de l'urèthre de l'homme : la *métrite antérieure* ou métrite du col correspond fort bien à l'*uréthrite postérieure*. »

« Dans ces deux sièges, l'inflammation est également rebelle et de longue durée ; dans ces deux points, on trouve des follicules ramifiés, en grappes, profondément situés, de structure identique. »

« Je ne veux pas insister autrement, mais l'analogie est frappante. »

Quatre ans de pratique, depuis cette époque, n'ont pas changé mes convictions.

La nécessité d'un traitement spécial pour la métrite du col de l'utérus est vite résultée des premiers insuccès du curage appliqué au col.

J'ai eu occasion de faire connaître, dans une série de publica-

(1) *Nouvelles Archives de Gynécologie*, 1887, p. 109.

tions, les recherches successives que j'ai poursuivies sur ce point, tantôt concordantes, tantôt discordantes avec les doctrines étrangères.

Je dois néanmoins constater que ces notions sont restées dans un domaine restreint, car la plupart des insuccès du curage, allégués par ses adversaires aussi bien que par ses partisans, sont attribuables à la négligence de cette distinction de la métrite suivant son siège, c'est-à-dire en *métrite du col* et *métrite du corps*.

La muqueuse du col utérin, lorsqu'elle est malade depuis peu de temps, est parfois susceptible d'une thérapeutique très rationnelle, conservatrice, basée sur la poursuite du processus morbide préalablement mis en évidence par une large dilatation du conduit cervical.

Cette *dilatation*, parfois négligeable quand il s'agit du corps de l'utérus, adoptée ou rejetée d'une façon un peu trop fantaisiste, je la crois *indispensable pour le traitement de la métrite du col*. En étalant chaque relief, en mettant à découvert chaque anfractuosité, en amincissant et en ramollissant la paroi cervicale, les tentes dilatatrices, laminaire ou éponge, préparent à la curette et aux topiques appropriés un travail efficace dans quelques cas.

Je dis « *dans quelques cas* », car j'ai bien plus souvent échoué que réussi, malgré des tentatives répétées, pour peu que l'endométrite cervicale fût tant soit peu invétérée. Dès lors, il faut renoncer aux mesures conservatrices, il n'y a plus qu'un remède, c'est l'abrasion nette et régulière de la muqueuse du col par une opération plastique au bistouri. Il serait trop long d'insister sur ce point spécial.

Je ne ferai que signaler, à titre d'annonce pour une prochaine communication, entre autres procédés, l'usage d'un instrument destiné à aider le travail de la curette lorsque l'on veut se borner à celle-ci.

C'est un *scarificateur à lames multiples*, une sorte de *herse coupante* dont j'ai l'honneur de présenter le spécimen que voici (1).

Les dents de cette herse servent à dilacérer en tous sens les saillies persistantes, les follicules à parois épaissies qui forment,

(1) M. *Doléris* présente à l'Académie sa *herse* fabriquée par M. Galante. — V. p. 237.

à la surface de la muqueuse étalée, comme un semis de granulations miliaires accessibles au doigt introduit dans le col.

Elles ouvrent les kystes glandulaires, labourent les productions végétantes polypoïdes et en permettent le raclage plus parfait.

Est-il besoin de faire remarquer que, sans la dilatation préalable, la constatation de ces diverses productions à l'aide du doigt, la notion de leur siège et de leur profondeur, leur destruction enfin par l'instrument seraient tout à fait impossibles ?

Une autre cause d'échec du curage est l'existence d'une *déviation de la matrice.*

Curer l'utérus pour le redresser, s'il est fléchi, est une opération qui reste à peu près sans résultats, par son insuffisance même ; la flexion nécessitant une action sur le muscle utérin plus que sur la muqueuse.

J'ai décrit ailleurs l'utilité de la gymnastique utérine par la dilatation répétée.

A plus forte raison, détruire la muqueuse, faire le curage, pour ramener en antéversion une matrice rétrofléchie, me semble une prétention injustifiable.

Ici l'élément métrite, cortège habituel des déviations, doit passer le plus souvent au second plan.

Que, le hasard aidant, on ait vu un utérus très mobile et tendant au renversement, affecter une position meilleure après le curage, c'est possible, mais que le curage exclusivement pratiqué ait amélioré la grande majorité des déviations postérieures, c'est une doctrine nouvelle en opposition avec l'opinion de la plupart des gynécologues et contre laquelle ma propre expérience m'oblige de protester.

Le rôle de la dilatation et de la curette, en matière de déviation, est réel, et l'emploi de ces procédés n'est pas négligeable, *mais il n'est point curatif.*

Je pense donc qu'il est injuste de faire figurer au passif du curage les insuccès de cet ordre.

J'en dirai autant des *lésions des annexes*, salpingites, ovarites, pelvi-péritonite, caractérisées par des processus végétants ou nettement hyperplasiques.

Il faudrait, en un mot, passer en revue la plupart des lésions de

l'appareil génital qui ne sont pas *l'endométrite elle-même*, pour énoncer les conditions capables de faire obstacle au succès du curetage utérin.

Car, c'est là le point essentiel, je le répète : le curage n'a d'effet immédiat certain que sur la muqueuse, tandis que ses effets médiats sur les annexes, sur la musculature, l'innervation, la vascularisation, etc., sont au moins problématiques et doivent toujours être prudemment réservés.

Ici, le vrai mérite de notre méthode moderne est de ne point aggraver les lésions périphériques.

J'arrive au dernier point, le *parallèle du curage avec les méthodes de cautérisation.*

Certains médecins ont protesté contre l'emploi exclusif de la thérapeutique chirurgicale intra-utérine. Si les autres moyens employés sont aussi simples et aussi efficaces, s'ils offrent la même sécurité, pour le présent, et s'ils ne compromettent pas l'avenir, le reproche est fondé.

Malheureusement, il n'en est pas ainsi.

Je ne veux envisager ici qu'un point de la discussion. A mon sens, l'avenir de la gynécologie est surtout dans l'*objectif physiologique*. L'entretien de la fonction, lorsqu'elle est intacte, sa restauration l'orsqu'elle est compromise, réalisent le but le plus haut que le praticien doive viser. Or, dans la pratique, c'est ce but que le plus souvent on néglige. De ce que la fonction gestatrice ne réside pas dans un sens indispensable à la vie de relation, on en fait bon marché.

On adresse à l'utérus — dont la muqueuse a une fonction définie, *la placentation*, un rôle unique, la nutrition de l'embryon qui se fait à la faveur d'une transformation vasculaire, impossible sans l'intégrité des cellules spéciales, — des traitements qu'on n'oserait pas appliquer à la muqueuse oculaire, à la muqueuse nasale.

Le cautère actuel sur le col, les caustiques violents à demeure dans la cavité du corps sont, sans contredit, les plus parfaits destructeurs de la vie physiologique de l'utérus. A leur action caustique succède, (on l'a dit et je l'ai autrefois malheureusement vérifié moi-même), le bourgeonnement et la suppuration de la muqueuse.

Pour un esprit réfléchi, cela signifie : *destruction des éléments*

nobles de l'organe, infection secondaire possible, néoformation conjonctive pour le présent, et pour l'avenir, sclérose atrophique des quelques zones muqueuses qui auront résisté, en tous cas sclérose et rétraction des zones musculaires sous-jacentes. De là, les *atrésies dans les trois cinquièmes des cas,* (ce sont les chiffres accusés); de là, *stérilité, perte de la fonction.*

D'autre part, cautériser un col érodé, un ectropion cervical, c'est créer une cicatrice d'épithélium pavimenteux, un vernis artificiel, sur une muqueuse sécrétante.

C'est du même coup, supprimer la sécrétion, enfermer profondément le processus morbide et créer un processus folliculaire scléro-hypertrophique souvent kystique, cent fois plus sévère que la lésion initiale.

Ces considérations pourraient être étayées d'arguments très puissants contre les pratiques aveugles destructives et illimitées de la cautérisation violente ; mais je veux rester sur cette conclusion, qui est le fond de ma pensée et le résumé de mes études.

« Jusqu'ici la connaissance anatomique et fonctionnelle des organes, la recherche minutieuse du diagnostic, l'emploi rigoureux de l'antisepsie, la hardiesse opératoire ont amené la gynécologie à un degré de perfection considérable. C'est avec la préoccupation de la fonction, la sauvegarde et le respect du but physiologique, trop longtemps méconnu, qu'elle accomplira sa dernière et sa plus brillante évolution dans l'avenir. »

Herse pour scarifications intra-cervicales.

JANVIER 1891

MÉTRITE CERVICALE

Etude clinique et thérapeutique.

En collaboration avec M. le Dr St. Bonnet.

Le but de ce travail est d'exposer les résultats de nos recherches sur la pathologie du col de l'utérus.

Nous ne nous arrêterons pas aux considérations plus ou moins intéressantes que comporterait l'étude complète de ce segment de l'organe gestateur. Elles ont été exposées dans nos travaux antérieurs.

Ce mémoire est exclusivement basé :

1° Sur les données anatomo-pathologiques dérivant de recherches précédemment publiées ;

2° Sur l'observation clinique ;

3° Enfin sur la technique et le résultat des procédés thérapeutiques divers employés dans chaque cas particulier.

La pathologie du col de l'utérus, les néoplasmes étant laissés de côté, comprend trois grands groupes principaux :

L'inflammation ;

Les traumatismes ;

Les *déformations*, conséquences des deux genres de lésions précédentes, tantôt isolées, tantôt réunies.

I

INFLAMMATION AIGUE ET CHRONIQUE DU COL UTÉRIN

On peut, sans grand préjudice, dans l'état actuel de la science, exclure de l'histoire de l'inflammation du col, l'étude des lésions de la muqueuse externe, ou *cervico-vaginale*. Celles-ci sont en quelque sorte dépendantes de l'inflammation du *vagin*.

Restent alors :

1° l'inflammation de la muqueuse *intra-cervicale* ou *endométrite cervicale*.

2° l'inflammation du stroma musculaire (*myométrite cervicale*).

ENDOMÉTRITE CERVICALE. — ENDOCERVICITE (1).

L'inflammation de l'endométrium cervical, *endométrite cervicale*, pourrait être divisée très diversement, suivant la base adoptée pour une classification, soit sur l'élément étiologique, soit sur l'élément anatomique.

En nous fondant sur ce dernier, nous observons que l'endométrite peut :

1° affecter le parenchyme exclusivement, épithélium et glandes (endocervicite catarrhale ou épithéliale, parenchymateuse, glandulaire) ;

2° qu'elle peut pénétrer simultanément ou successivement dans le tissu sous-épithélial, dans le derme, s'emparant ainsi de tous les autres éléments de la muqueuse, tels que les parois glandulaires, le tissu conjonctif et élastique, les vaisseaux, etc. L'endocervicite deviendrait alors totale, c'est-à-dire épithéliale et

(1) J'adopte le terme d'*endocervicite*, plus bref et plus expressif. D.

dermique, parenchymateuse et interstitielle, à la fois, comprenant, de la sorte, toute l'épaisseur du revêtement interne du col.

C'est ainsi, en réalité, que les lésions s'offrent à l'observation, car la lésion épithéliale isolée passe généralement inaperçue.

Dans ce terme d'*endocervicite*, nous englobons par conséquent le processus pathologique double, intéressant l'épithélium et le derme.

Mais il importe pour le moment de le dissocier.

Début.—Marche.—L'inflammation débute dans la muqueuse. Elle est *récente* ou *ancienne*.

a). — *Récente*, elle se caractérise par le gonflement des épithéliums, la tuméfaction du derme muqueux, l'hypertrophie des glandes et une hypersécrétion typique. C'est le *catarrhe*.

Le processus reste d'abord *intra-cervical* et ne se révèle par aucun autre phénomène objectif, que l'écoulement exagéré de mucus.

Un peu plus tard, la muqueuse hyperplasiée, dont la couche dermique est infiltrée et ramollie, se trouve trop à l'étroit dans la cavité du col ; elle glisse vers l'orifice externe, fait hernie à travers celui-ci et donne lieu à cet état qu'on a désigné sous le nom d'*ectropion*, pris à tort pour une érosion ou une ulcération.

La lésion est alors devenue mixte, c'est-à-dire *intra* et *extra-cervicale* tout à la fois ; intra-cervicale, elle l'était, puisque l'épithélium cylindrique, très vulnérable, était le premier altéré ; extra-cervicale, elle le sera lorsque la muqueuse herniée viendra apparaître à l'extérieur et faire hernie en ectropion.

Le clinicien peut alors juger aisément de ses caractères physiques. Nous ne nous arrêterons pas à énumérer les diverses formes anciennement établies.

Tant que l'endométrite cervicale est caractérisée par un processus cantonné dans le parenchyme, épithélium et glandes (*endométrite parenchymateuse*), et que le symptôme fonctionnel de l'hypersécrétion glandulaire prédomine sur l'hyperplasie des éléments dermiques de la muqueuse, il est admis que les moyens thérapeutiques les plus simples peuvent venir à bout de l'affec-

tion. Si même il reste des gonflements kystiques des follicules, par excès de sécrétion, avec oblitération partielle et passagère des conduits, le dégorgement de ceux-ci finit par s'effectuer librement en général ; et, avec la régression de l'inflammation, cesse le développement kystique.

Voilà pour les processus inflammatoires récents ou d'intensité modérée.

Mais la thérapeutique, comme nous le montrerons par la suite, devient plus compliquée dans les formes suivantes :

b). — Lorsque, plus *ancien* ou plus *actif* dans sa marche, le processus envahit les éléments conjonctifs jeunes ou adultes qui constituent le chorion muqueux, et, en même temps, lorsqu'il pénètre la paroi des glandes et des vaisseaux, le gonflement hypertrophique de la muqueuse prend une forme végétante. Celle-ci varie d'aspect et de nom ; mais, dans cette forme (*endocervicite totale dermique*), les culs-de-sac glandulaires ne tardent pas à être le siège de développements kystiques volumineux, par rétention prolongée. On voit alors certains de ces culs-de-sac faire une forte saillie à l'extérieur et donner à la surface malade un aspect mamelonné, tandis que certains autres pénètrent plus ou moins le stroma musculaire qui participe, dans une certaine mesure, à l'état morbide.

Nous avons la certitude que la lésion, dans toutes les formes d'endométrite chronique du col, est surtout une lésion glandulaire.

c). — L'endocervicite, arrivée à la *période d'état*, c'est-à-dire à l'envahissement de tous les éléments de la muqueuse, peut affecter une allure insidieuse : les processus dermiques profonds persistent, tout en ayant l'air de sommeiller ; l'épithélium sécrétant de l'ectropion disparaît pour faire place à un épithélium de cicatrice ; l'aspect primitif de la lésion extérieure est dénaturé. La maladie a cédé en apparence, soit spontanément, soit par l'effet d'un traitement superficiel. De mixte qu'elle était, c'est-à-dire intra et extra-cervicale à la fois, l'endométrite est redevenue *intra-cervicale*, parce que la lésion extérieure (pseudo-érosion coexistante, ectropion) a été recouverte, cicatrisée en quelque sorte, par l'ex-

tension de dehors en dedans du processus réparateur parti de la muqueuse cervico-vaginale (épidermisation de l'ectropion).

Mais il n'en résulte pas que la maladie soit détruite.

En effet, le vernis épithélial épais, qui s'est étendu sur l'ectropion et le recouvre, masque et emprisonne les lésions intra-glandulaires et extra-glandulaires ; celles-ci continuent à progresser sous un tissu sain en apparence.

De là, formation de ces kystes volumineux et profonds, pénétrant le tissu musculaire, atteignant le volume d'un pois et même d'une noisette, faisant saillie sous l'épithélium d'aspect normal et donnant au col des proportions exagérées. La profondeur et la persistance des lésions, de même que les symptômes pénibles qui en résultent, font de cette forme une maladie pire que la première.

d). — Cette réparation cicatricielle peut être plus passagère et plus incomplète encore.

On trouve bien alors, à la surface de l'ectropion primitif, un épithélium pavimenteux, mais en couches faibles et irrégulières, sans néo-papilles et différant de l'épithélium cicatriciel hyperplasique de la variété précédente.

Des *érosions ou ectropions secondaires* sont (comme nous l'avons dit ailleurs) la conséquence de cet état qui prédispose fortement aux néoplasies ultérieures, kystiques, polypeuses, etc. On peut observer, dans ce cas, du fait de la laxité des tissus et de la faiblesse du revêtement épithélial de l'ectropion, la production de polypes vasculaires, glandulaires ou mixtes, quelquefois même caséeux ou sébacés. Ces polypes procèdent, presque toujours, de la limite des muqueuses intra-cervicale et cervico-vaginale, souvent de la muqueuse intra-cervicale seule.

Pour résumer ce rapide exposé de l'inflammation, nous pouvons donc admettre quatre formes apparentes de l'endométrite cervicale :

1° La forme *catarrhale épithéliale* (ectropion vulgaire, d'aspect *lisse*).

2° La forme *dermique*, bourgeonnante, totale, multifolliculaire.

3° La forme *cicatricielle* avec productions kystiques, profondes, isolées.

4° La forme *cicatricielle imparfaite et récidivante* avec productions polypeuses et kystiques saillantes.

On peut, dès à présent, tirer de cet aperçu, sur la pathologie de l'endométrite, les conclusions thérapeutiques suivantes :

1° Dans l'endométrite *catarrhale*, la lésion est superficielle et cédera à un traitement superficiel, c'est-à-dire à une détersion antiseptique de la muqueuse malade ; injections chaudes antiseptiques, topiques intra-cervicaux, précédés ou non de la dilatation. Ici, *nettoyer c'est guérir*.

2° La deuxième forme, *dermique*, dans laquelle les lésions sont déjà plus profondes, est justiciable d'une thérapeutique analogue, mais plus active, agissant plus profondément.

3° Dans les troisième et quatrième formes, le traitement superficiel ne peut atteindre les lésions trop profondes et échoue fatalement. Il faut recourir alors à l'ablation de la partie malade, et nous verrons plus loin quels procédés opératoires ont été mis en œuvre dans ce but.

MYOMÉTRITE CERVICALE. — MYO-CERVICITE.

Sous la muqueuse enflammée, que devient le tissu musculaire ?

Nous nous arrêterons seulement aux modifications plastiques dépendantes de l'inflammation du stroma (1),

a) On trouve, dans les formes récentes, une *hypertrophie apparente* en ce que le cylindre cervical emboîté par le spéculum, au

(1) Cette lésion est encore appelée *métrite interstitielle*, *méso-métrite*, *cervicite* interstitielle chronique, sclereuse, plastique, glandulo-kystique allongement hypertrophique, atrophique.

fond du vagin, offre une large surface découverte à l'œil ; il ne s'agit pas là d'une augmentation réelle du volume du col, mais d'un écartement des lèvres peu ou point épaissies. Ce phénomène est dû à plusieurs causes : d'abord à l'affaiblissement paralytique des fibres musculaires sphinctériennes, sous-jacentes à la muqueuse enflammée ; — ensuite à une déformation naturelle qui n'est qu'un retour à la forme primitive : chez le nouveau-né, en effet, la disposition des tissus est telle que l'écartement des lèvres, dû à la prédominance de volume de la muqueuse, existe normalement ; — enfin, à la hernie de l'endométrium gonflé, tuméfié, qui est poussé énergiquement au dehors, par un effort excentrique écartant les deux lèvres.

Tel est, nous semble-t-il, le mécanisme des pseudo-hypertrophies qui, en réalité, sont dues surtout à l'éversion.

b) Il existe une *hypertrophie réelle* qui s'observe à une période plus avancée de l'endométrite. Celle-ci, nous l'avons vu, étant surtout glandulaire, son processus est caractérisé tout d'abord par l'hypersécrétion. Le libre écoulement du mucus hypersécrété trouvant un obstacle dans la compression réciproque des glandes hypertrophiées, ou dans l'obturation de leur orifice par les cellules épithéliales gonflées, la sécrétion s'accumule dans les cavités glandulaires et forme autant de petits kystes. Ceux-ci se développent dans tous les sens, non seulement vers la surface libre de la muqueuse, mais aussi en profondeur, vers la couche musculaire dont ils écartent et pénètrent les éléments. Cette pénétration doit être facilitée, du reste, par la paralysie et le ramollissement inflammatoire de la portion sous-muqueuse du stroma musculaire.

De plus, ce travail inflammatoire dont le siège primitif est dans les glandes, cette *folliculite*, s'accompagne d'une prolifération anormale des *éléments conjonctifs* qui composent les parois des glandes, celles des vaisseaux et des cloisons intermusculaires qui, bien que dans une faible proportion, participent néanmoins à l'augmentation du volume du col : *périfolliculite*.

Ainsi, deux éléments constituent l'hypertrophie réelle du col enflammé : la folliculite kystique ayant dépassé les limites du derme muqueux, et un premier stade de sclérose péri-folliculaire,

péri-vasculaire et inter-fasciculaire, qui s'accentue surtout dans certaines conditions de dégénérescence, comme chez les vieilles filles, les vieilles femmes, les veuves, etc.

On pourrait y ajouter un troisième facteur inconstant dont nous n'avons pas à nous occuper ici : nous voulons parler de la congestion sanguine passive, des troubles circulatoires résultant du prolapsus, qui complique si souvent l'inflammation chronique du col.

Ces hypertrophies ne dépassent jamais un degré moyen. Le fait qu'elles sont le plus souvent associées à des troubles de statique, a fait poser en principe l'ablation du col comme traitement du prolapsus et de certaines déviations.

c) On observe aussi des *hypertrophies spéciales*, *excessives*, plus rares que la variété précédente, qui semblent moins indirectement alliées aux déplacements, et en paraissent parfois tout à fait indépendantes. Huguier, le premier, en 1859, les a isolées au milieu de la pathologie confuse du col, en a décrit quelques aspects et a préconisé l'amputation comme moyen unique de traitement. Mais c'est un peu trop au détriment des déviations combinées à la cervicite proprement dite qu'il a créé cette entité dont tous les auteurs ont, après lui, reproduit la description et qui porte encore la dénomination de *maladie de Huguier*.

Or, entre la variété précédente et celle-ci, il n'y a pour nous qu'une question de degré. Ici, c'est le degré extrême et il faut remarquer que c'est la zone sus-vaginale qui est le plus souvent affectée.

L'étiologie de *l'hypertrophie du col* est obscure et la lésion est souvent disproportionnée avec la banalité des causes invoquées par les auteurs : accouchements laborieux, multiparité (Huguier) ; prolapsus du vagin (Cruveilhier, Siredey, Schrœder).

C'est dans ces cas que doit intervenir l'influence de la *prédisposition individuelle, des diathèses, de la syphilis* notamment.

Suffisent-elles seules à produire la maladie ? nous ne le croyons pas. Il y faut encore le stimulant d'un élément inflammatoire qui localise la diathèse, et certaines conditions mécaniques étudiées par nous, ailleurs.

Le contrôle histologique démontre qu'il s'agit, dans l'allonge-

ment *sus-vaginal* du col, d'un processus de sclérose débutantpar une phase hypertrophique et aboutissant à l'atrophie.

Le processus commence par les réseaux vasculaires et les troncs qui circonscrivent l'isthme ; il porte sur la gaine et la paroi des vaisseaux.

Au début, il y a véritablement hypertrophie par augmentation numérique des éléments conjonctifs, avec conservation de la fibre musculaire intacte. A mesure que la lésion progresse, que le tissu conjonctif devient adulte et se diffuse, il étouffe les éléments nobles de l'organe et se substitue à eux. Les fibres musculaires diminuent de dimension et de nombre, les parois des vaisseaux deviennent plus épaisses, leur lumière plus étroite. L'aboutissant final de ce travail est *l'atrophie* du col.

C'est généralement à une période assez avancée de la vie, sur des cols autrefois gros, que se rencontre cette variété morbide.

L'hypertrophie envahit tout le col ou une partie seulement :

Dans le premier cas (*hypertrophie totale*), le segment cervical est régulièrement cylindrique, allongé, terminé par une surface presque plane ou conique, avec un orifice ordinairement rétréci et à bords rigides ; il mesure 5, 8, 10 centimètres ; il peut venir affleurer la vulve ou la dépasser ; la consistance en est dure, surtout s'il s'agit de la syphilis.

Dans d'autres cas, l'hypertrophie persiste dans son siège véritable, le museau de tanche, région des glandes kystiques, et l'atrophie siège à l'isthme ; les deux lésions se combinent et on est alors en présence de ces cols allongés, terminés en forme de champignon, de battant de cloche, suspendus à une portion allongée et atrophiée qui sert en quelque sorte de pédicule à la partie terminale (hypertrophie sus-vaginale).

Parfois encore l'atrophie se diffuse davantage, envahit une lèvre, l'autre restant hypertrophiée : il en résulte une asymétrie qui explique toutes les variétés de formes qu'on a signalées.

L'hypertrophie, par elle-même, requiert l'amputation. Quelle que soit sa pathogénie, elle ne régresse pas ; un seul de ses éléments, la congestion, est susceptible de variation et n'est que d'une importance secondaire ; les autres sont progressifs et les

symptômes qu'ils déterminent ne peuvent disparaître que par l'ablation du col malade.

Nous verrons plus loin quels procédés opératoires conviennent à chacune de ces formes.

II

TRAUMATISMES DU COL

L'inflammation est rarement isolée. La métrite étant surtout le fait des femmes qui ont accouché, on la rencontre le plus souvent associée au traumatisme. Celui-ci est en outre la condition la plus certaine et la plus fréquente des déformations qui caractérisent la métrite cervicale.

Le traumatisme se résume dans la *déchirure latérale du col*, qui existe d'un seul ou des deux côtés.

Rarement elle est antérieure ou postérieure. Par l'examen au spéculum, ou mieux par le toucher, on peut se rendre compte des divers degrés auxquels peut atteindre la déchirure latérale.

A un *premier degré*, elle constitue l'encoche classique, généralement bilatérale, n'intéressant que l'extrémité du museau de tanche et le déformant à peine.

A un *deuxième degré*, la déchirure intéresse toute la hauteur de la portion vaginale du col et remonte jusqu'au cul-de-sac vaginal.

A un *troisième degré* enfin, bien qu'en apparence et à la vue, elle ne dépasse pas les culs-de-sac vaginaux, la déchirure remonte plus haut, comprenant une partie ou même la totalité de la portion sus-vaginale du col. Le toucher donne alors la sensation de l'induration cicatricielle qui s'étend plus ou moins au-dessus et en dehors de l'insertion cervicale du vagin. Il n'est pas

rare, dans ces cas, de voir la lésion se continuer avec une traînée de paramétrite occupant la base du ligament large correspondant. On n'acquiert la preuve de l'étendue en hauteur de la déchirure, que par le toucher intra utérin, après large dilatation préalable.

Dans ses deux derniers degrés, la déchirure peut être bilatérale, mais elle n'affecte ordinairement qu'un seul côté, et le gauche de préférence.

Rarement, comme nous l'avons dit, la déchirure siège en dehors des commissures; c'est là, en effet, le point faible de l'anneau musculaire cervical et c'est lui qui cède. Si parfois la solution de continuité semble intéresser l'une ou l'autre lèvre, cette apparence n'est due souvent qu'à une sorte de torsion de l'utérus sur son axe, qui ramène l'une des commissures latérales divisées en avant ou en arrière. En rectifiant la position de l'organe, on peut se rendre compte du siège exact de la lésion.

Ajoutons cependant que, s'il est exceptionnel de rencontrer la déchirure sur la lèvre postérieure, elle existe moins rarement en avant; dans tous les cas elle est peu profonde.

La pathogénie de ces traumatismes est connue: quelquefois d'origine chirurgicale (discision, section médiane ou latérale du col, etc.), ils sont presque toujours d'origine obstétricale. Ils sont dus à l'effraction produite par le passage de l'enfant, que l'accouchement soit naturel ou artificiel.

Les conditions anormales de l'accouchement sont de nature à augmenter l'importance du traumatisme qui, dans les cas ordinaires, reste modéré.

La réparation peut se faire suivant trois modalités différentes :

1° Dans un milieu parfaitement aseptique et maintenu tel, les lèvres de la déchirure, surtout quand celle-ci est peu étendue, se réunissent par première intention ; il ne reste de la lésion d'autre trace qu'une encoche peu profonde, unilatérale ou bilatérale, suivant que la lacération était primitivement simple ou double.

Dans une deuxième éventualité, soit que le traumatisme ait une étendue anormale, soit que quelque cause mécanique s'oppose à la juxtaposition exacte des surfaces déchirées, la réparation isolée de ces surfaces s'ensuit nécessairement. Si, comme

dans le cas précédent, la lésion est protégée contre toute influence septique, on verra se produire lentement, mais aseptiquement et sans complication inflammatoire, la cicatrisation de chaque lèvre isolée de la déchirure, par épidermisation des surfaces cruentées ; cette épidermisation procédant, comme toujours, de l'extérieur vers l'intérieur, par extension de l'épithélium pavimenteux qui revêt la muqueuse cervico-vaginale.

3° Dans une troisième alternative enfin, c'est-à-dire avec un milieu septique, quelque atténuée que soit la septicité, que la déchirure soit modérée ou étendue, non seulement la réunion spontanée ne s'effectue pas, mais même la réparation isolée des surfaces cruentées, par l'épidermisation rapide, est impossible ; l'inflammation, engendrée par les conditions mauvaises du milieu, va créer du côté de la muqueuse intra-cervicale, le processus de l'endométrite et, sur les surfaces divisées, le processus de réparation secondaire par voie de bourgeonnement avec suppuration.

La conséquence de ces modes vicieux de réparation est représentée par ces formes excessives de l'ectropion et de l'éversion, dans lesquelles la muqueuse intra-cervicale déborde de toutes parts et vient simuler le champignon fongueux classique, le col en rebord de pot de chambre, ou en lèvre de nègre.

Ce n'est pas tout. La transformation du tissu inodulaire en tissu fibreux constitue, à l'angle même de la lacération, une cicatrice vicieuse, d'abord plastique et épaisse, puis mince, linéaire ou étoilée, fibreuse, rétractile et douloureuse. Celle-ci englobe, dans son processus, muqueuse, musculeuse, vaisseaux, paramétrium, vagin et nerfs péricervicaux ; ce dernier élément explique les phénomènes douloureux locaux et réflexes si souvent observés (1).

C'est au point d'écartement des deux lèvres, que ce tissu de cicatrice est sensible et apparaît sous forme de petits nodules d'apparence fibroïde, durs, arrondis ou lobés, véritables *clous fibreux*, implantés dans le stroma musculaire sain ; parfois véritables noyaux d'induration scléreux, épais, s'éloignant du foyer cicatriciel primitif et s'étendant au loin dans l'épaisseur du muscle utérin.

(1) *Garrigues*, de New-York. (*Arch. of. méd.*, vol. VI, oct. 1881 a fait, de cette lésion, une étude histologique très complète.

Il peut se former, par la suite, des kystes très douloureux par emprisonnement des glandes dans la cicatrice.

On sait quelle importance a donnée à ce processus le docteur Emmet, et avec lui les auteurs américains.

Des troubles nombreux physiques et fonctionnels, locaux et éloignés et même psychiques, semblent sous la dépendance de l'irritation produite par le clou cicatriciel. Celui-ci devient un centre d'irritation réflexe alimentée par le tiraillement qui s'exerce nécessairement à l'union des lèvres du col anormalement séparées.

On connaît le rôle primordial qu'Emmet fait jouer à la lacération, dans la production de l'ectropion de la muqueuse et surtout de la métrite du col. Pour lui, la muqueuse intra-cervicale mise à nu et étalée par l'écartement des lèvres après la déchirure, est soumise à de nombreuses causes d'irritation ; la muqueuse se tuméfie et les glandes sécrètent en excès. Selon cette doctrine, on le voit, l'endométrite est secondaire et dépend de la lacération persistante : d'où nécessité de réparer la déchirure pour prévenir ou guérir l'inflammation.

Cette théorie, malgré les réels progrès qu'elle a fait faire à la thérapeutique du col, est sujette à revision.

Contre elle nous rappelons les cas où la trachélorraphie bien faite et réparant la déchirure, échoue contre l'endométrite qui persiste. Nous objectons aussi notre expérience des cas où la discision du col, pratiquée aseptiquement, n'a jamais déterminé l'ectropion, les lèvres, quoique séparées l'une de l'autre, restant presque en contact.

Nous nous sommes expliqué sur l'évolution simultanée de la déformation et de l'inflammation.

L'inflammation est contemporaine du traumatisme, c'est-à-dire qu'elle survient avant la réparation de celui-ci, ou même elle lui préexiste. Sans aller aussi loin que Schrœder et avancer qu'elle est plutôt la cause que l'effet de la lacération, on peut affirmer que c'est elle qui s'oppose à la réunion primitive du traumatisme et le rend permanent.

Nous résumons notre manière de voir ainsi :

Ou bien l'inflammation existait déjà, même légère, localisée au

col ou au vagin, et se révélait par de la leucorrhée pendant la grossesse.

Ou bien elle a commencé, au moment de l'accouchement ou pendant ses suites immédiates.

Dans tous les cas, il y a un certain degré d'infection puerpérale et, quelque atténuée qu'elle soit, qu'elle s'accuse par la purulence autrefois obligatoire des lochies ou par la prétendue fièvre de lait, elle suffit à empêcher la réunion immédiate du traumatisme. Les deux surfaces cruentées de la déchirure bourgeonnent et se cicatrisent indépendamment et secondairement.

La lésion est ainsi constituée d'une façon permanente ; et c'est alors qu'on peut faire valablement intervenir les irritations extérieures comme causes d'aggravation de la cervicite.

Nous ne nions pas d'ailleurs que l'inflammation ne puisse parfois venir comme élément secondaire et consécutif, se greffer sur une simple déformation résultant du traumatisme aseptique.

Quoi qu'il en soit, les deux éléments *traumatisme* et *inflammation* se rencontrent et se compliquent dans cette forme, la plus fréquente des affections du col.

La cicatrisation vicieuse, avec ses conséquences, est le fait dominant ; la permanence de l'inflammation s'y surajoute. L'une ne va pas sans l'autre.

Dans les cas de cet ordre, la marche de la lésion est la même que celle que nous avons indiquée pour l'inflammation non compliquée de traumatisme, avec cette particularité qu'elle est rendue plus apparente par l'écartement des lèvres.

Le premier phénomène de l'endocervicite est l'ectropion de la muqueuse, que l'éversion des lèvres ne tarde pas à exagérer, facilité qu'il est par la déchirure latérale et surtout bilatérale du col.

C'est l'aspect de cette muqueuse cervicale mise à nu qui a fait croire à une ulcération véritable, alors que cette expression, malgré la consécration que lui a donnée l'usage, est erronée et ne désigne que l'aspect rouge et saignant d'une muqueuse malade.

La formation des kystes glandulaires, la progression de leur volume et de leur nombre exagère cet état, attire de plus en plus

la muqueuse au dehors et la lésion tend sans cesse à s'extérioriser davantage.

Nous avons vu qu'à une période quelconque de cette évolution de l'endométrite, soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement topique dirigé contre le phénomène le plus apparent, c'est-à-dire contre la prétendue ulcération, il peut se produire une sorte d'*épidermisation* de la muqueuse. C'est alors que la lésion réelle, c'est-à-dire l'endométrite glandulaire, la folliculite kystique, masquée par cette couche d'épithélium pavimenteux, a pu donner lieu à une erreur anatomique, faire croire à l'existence de glandes, dans la muqueuse vaginale du col, et à leur inflammation.

Mais ces kystes d'aspect transparent, grisâtre, jaunâtre, qui semblent incrustés comme des grains de plomb dans le squelette du col, qu'on sent au doigt mieux encore qu'on ne les voit sous le vernis épithélial translucide qui les recouvre, dépendent de la muqueuse intra-cervicale, malgré leur siège parfois très éloigné du nouvel orifice du col.

Cette disposition laisse entrevoir l'insuffisance de l'opération préconisée par Emmet.

III

DÉFORMATIONS DU COL UTÉRIN.

Les déformations du col sont de plusieurs ordres.

Quelques-unes sont congénitales ou liées à des états mal définis.

Nous ne nous occuperons que des déformations dépendant des trois variétés suivantes :

A) de l'inflammation.
B) du traumatisme.
C) de ces deux facteurs réunis.

A. — Déformations liées à l'inflammation.

A l'inflammation seule se rattachent certaines déformations que nous verrons être des indications complémentaires de l'intervention chirurgicale d'ordre physiologique.

Nous avons vu comment les choses se passent : au début, le processus est intra-cervical. Plus tard, la muqueuse fait *ectropion* à l'extérieur : la lésion est alors devenue mixte, c'est-à-dire intra et extra-cervicale. A une troisième période, contemporaine ou très voisine de celle-ci, la couche musculaire interne, sous-jacente à la muqueuse, participe à l'inflammation et dès lors se paralyse. La prédominance d'action des fibres ansiformes de la couche externe, restées saines, produit alors *l'éversion*, c'est-à-dire le renversement en dehors du squelette musculaire de chaque lèvre, principalement l'antérieure.

a) *L'éversion*, pour être plus fréquente après l'accouchement, alors que les commissures latérales du col ont été forcées par le passage du fœtus, n'est pas rare chez les nullipares et même chez les vierges. Le mécanisme que nous venons de rappeler justifie suffisamment cette assertion ; et les faits, du reste, abondent pour la prouver. La démonstration en a été donnée précédemment.

Ces deux états, ectropion et éversion, d'origine purement inflammatoire, sans traumatisme, sont en raison directe l'une de l'autre. L'éversion exagère réellement l'ectropion et celui-ci semble étendre les dimensions de l'éversion. L'un et l'autre sont souvent plus marqués à la lèvre antérieure.

b) Passons à une autre déformation : *la conicité*. Celle-ci peut être congénitale, bien que ce soit un fait rare.

Elle est le plus souvent d'origine inflammatoire. Lorsque le processus, déjà ancien, est resté intra-cervical ou l'est redevenu par la cicatrisation de la partie extra-cervicale des lésions,il se produit des troubles circulatoires et trophiques dont l'aboutissant est l'allongement conique du col. Cette déformation est fréquente chez les nullipares et porte surtout sur la lèvre antérieure. Le spéculum peut la laisser méconnaître ; mais le doigt circonscrit et mesure facilement la saillie que forme, au fond du vagin, la lèvre antérieure effilée du col.

L'orifice occupe quelquefois le sommet du cône, mais, plus souvent, par suite de l'hypertrophie plus considérable de la lèvre antérieure, le col semble comme taillé en biseau et l'orifice est situé sur le plan postérieur du biseau, en arrière du sommet du cône qui est constitué lui-même par le bord libre de la lèvre antérieure.

Dans cette forme où l'hypertrophie porte en excès sur la lèvre antérieure, si l'éversion de cette lèvre s'ajoute à l'allongement, un examen superficiel peut donner facilement l'illusion d'une flexion du corps sur le col, tandis qu'il s'agit en réalité de la flexion de la partie éversée de la lèvre sur sa portion fixe.

c) *L'antéflexion* véritable coexiste du reste le plus souvent avec ces sortes de déformations et est fréquemment liée à l'inflammation. Il y a alors deux flexions : celle du corps sur le col et celle de la portion éversée sur la portion fixe du segment cervical.

La pathogénie de l'antéflexion trouve son explication dans les conditions suivantes :

1° *Attitude antéfléchie normale de l'utérus.* — Nous n'avons qu'à rappeler ici les recherches et les discussions des anatomistes sur cette question. On admet aujourd'hui, depuis les travaux de Piéchaud, de Boulard, d'Aran, de Schultze, etc., que le fond de l'utérus est en avant de l'axe du bassin, c'est-à-dire qu'il est en antéversion et que, chez la jeune fille, existe, en même temps, une légère flexion du corps sur le col.

2° *Faiblesse inflammatoire de l'isthme.* — Le col est relative-

ment fixe, et le corps se meut sur lui en avant et en arrière. L'union des deux portions de l'organe, l'isthme, constitue la charnière autour de laquelle s'exécutent ces mouvements. Ce point est naturellement affaibli par la présence des vaisseaux, qui lui forment un collier volumineux et pénètrent en masse, à ce niveau, le squelette musculaire.

De plus, le premier effet de l'inflammation est une infiltration des tissus. Ces deux conditions, l'une normale et l'autre pathologique, s'ajoutent pour faciliter la flexion et sont mises en jeu par la cause suivante.

3° *Alternatives de réplétion et de vacuité de la vessie*. — On sait quels sont les rapports et la solidarité des deux organes. La réplétion de la vessie tend à redresser l'axe de l'utérus, mais celui-ci reprend sa courbure dès qu'elle se vide. Ces mouvements alternatifs, qui sont fréquemment répétés, ne font qu'assouplir davantage la charnière et rendre plus active la pression abdominale dont la résultante porte sur le fond ou la face postérieure du corps de l'utérus.

4° *L'affaiblissement du plancher vaginal antérieur*, chez les jeunes filles et les jeunes femmes à musculature débile, permet au corps de l'utérus de descendre. Le col restant suffisamment fixe et la paroi vaginale postérieure assez résistante, il en résulte une flexion l'une sur l'autre des deux portions de l'organe. Le plus souvent, du reste, quelqu'une des conditions précédentes s'ajoute à cette dernière pour concourir au même résultat.

5° Enfin, la *paramétrite postérieure*, qui complique parfois la métrite cervicale, est une cause puissante de la déviation qui nous occupe, soit qu'elle fixe directement le col en arrière, soit qu'elle provoque la contracture des ligaments utéro-sacrés.

Dans ce cas, toutes les causes agissent au maximum et l'antéflexion est très accentuée.

Telles sont les déformations imputables à l'*endométrite cervicale* seule.

Lorsque l'inflammation, plus ancienne, a dépassé le derme muqueux et envahi le tissu musculaire, dans la *myocervicite*, en un mot, la déformation est différente. L'hypertrophie porte en masse sur l'anneau cervical : l'ectropion peut persister, mais l'éversion est masquée ou modérée : le col affecte alors une forme cylindrique et non plus conique. C'est cet aspect qu'on a décrit sous le nom d'hypertrophie sous-vaginale.

B. — **Déformations liées au traumatisme seul.**

Non compliqué d'inflammation, le traumatisme ne comporte pas de déformations bien fâcheuses. Rarement le chirurgien est admis à les constater, et, ne déterminant nul trouble, elles ne requièrent point de traitement. Tout au plus pourrait-on mettre en question la réparation d'une déchirure un peu profonde, dans la crainte qu'une grossesse, survenant dans ces conditions, ne se terminât prématurément.

Nous avons indiqué le siège et décrit les divers degrés de la déchirure : portant sur la lèvre antérieure ou la lèvre postérieure, ce qui est rare, elle n'entraîne qu'une déformation peu importante, caractérisée par une simple encoche et modifiant plus ou moins la forme circulaire de l'orifice externe.

Dans la déchirure commissurale du premier degré, c'est-à-dire dans la simple effraction bilatérale du museau de tanche, on ne peut envisager comme une déformation la forme nouvelle que prend l'orifice. La petite fente bilatérale en augmente les dimensions transversales et cette disposition est commune à toutes les femmes ayant accouché.

Dans les degrés plus profonds, et toujours dans l'hypothèse du traumatisme non compliqué d'inflammation, la déformation, pour être plus marquée, n'en passe pas moins généralement inaperçue de la malade et n'intéresse que l'orifice externe. Celui-ci se présente alors comme une large fente transversale, limitée par les deux lèvres du col, également écartées si la déchirure est bilatérale, ou sous forme d'un V ouvert du côté de la déchirure, si

celle-ci est unilatérale. Les lèvres, du reste, sont souples, sans éversion ni hypertrophie, restent appliquées l'une sur l'autre et ne s'écartent que disjointes par le doigt qui explore ou par les valves d'un spéculum.

En résumé, le traumatisme seul ne constitue pas une maladie du col et les déformations qui en sont la conséquence n'ont généralement pas besoin d'être réparées. On pourrait même avancer qu'en augmentant les dimensions de l'orifice externe, elles ont un heureux résultat physiologique et compensent les chances d'infécondation créées d'autre part par l'ampliation des culs-de-sac du vagin.

Par contre, et nous nous en sommes expliqué ailleurs, si nous ne donnons pas au traumatisme l'importance primordiale que lui attribue Emmet, nous ne pouvons lui contester le rôle de cause prédisposante à l'inflammation de l'endométrium cervical qu'il rend plus accessible aux agents d'irritation de source extérieure.

C. — **Déformations liées au traumatisme et à l'inflammation combinés.**

C'est dans les cas où l'inflammation vient compliquer le traumatisme, que les déformations se produisent au maximum ; elles sont en rapport direct avec le degré de ces deux facteurs et avec le siège de la lacération.

En cas de déchirure bilatérale peu profonde et d'inflammation modérée ou récente, l'orifice externe est transformé en une fente terminée par deux encoches à angle ouvert ; l'éversion est plus marquée chez les multipares que chez les unipares et l'ectropion s'étend, lorsqu'il existe, sur une plus large surface. Telle est la lésion à son minimum.

Au degré extrême, lorsque la déchirure est bilatérale et remonte jusqu'aux culs-de-sac vaginaux, lorsque l'inflammation est invétérée, parenchymateuse et interstitielle, avec inclusion de kystes, la déformation est réalisée à son maximum. L'orifice externe n'existe pour ainsi dire plus : il est transformé en un hiatus, en un entonnoir dont le sommet se rapproche de l'orifice

interne ou se confond avec lui. Les lèvres qui le limitent tendent de plus en plus à s'écarter, à la manière des valves d'un bec de canard, à se renverser en dehors, et à prendre cette disposition qu'on a comparée aux lèvres de nègre, au rebord d'un vase de nuit, etc.

Cette éversion exagérée des deux valves cervicales élargit notablement l'extrémité apparente du col, et cet aspect, joint à l'hypertrophie réelle du col, lui donne la forme d'un champignon renversé. Les cols de cet ordre apparaissent au fond du spéculum comme un moignon rouge violacé, — tantôt fongueux et saignant, en cas d'ectropion épais, — tantôt lisse, luisant, parsemé de petites saillies kystiques limpides, louches ou jaunâtres, lorsque l'épidermisation a couvert la lésion.

Lorsque l'inflammation n'a pas encore envahi trop profondément le squelette musculaire des lèvres, celles-ci ont conservé une certaine souplesse et on peut, en les saisissant au moyen d'une érigne, les rapprocher et voiler la lésion. Plus tard, sur les gros cols kystiques et scléreux, cet accolement est impossible.

Si la déchirure n'intéresse qu'un côté, la déformation est encore parallèle au degré de l'inflammation et à l'étendue du traumatisme. L'orifice externe, en forme d'angle ouvert du côté de la déchirure, est reporté plus ou moins haut; l'éversion, contrariée par la résistance de l'une des commissures, est moins accentuée que dans le cas de déchirure bilatérale. Du reste, le mécanisme et l'aboutissant de la déformation sont les mêmes.

ÉTIOLOGIE DE LA MÉTRITE CERVICALE.

Avant d'entrer dans le détail des conditions étiologiques de la métrite du col, il est bon de rappeler un point de doctrine.

Par *métrite cervicale*, nous entendons parler de l'*inflammation* du col. Or, il est bien admis aujourd'hui que l'inflammation est l'ensemble des phénomènes provoqués, dans les milieux organi-

ques, par la pénétration de germes pathogènes venus de l'extérieur.

Cette définition exclut les états congestifs purs, malgré la similitude de certains phénomènes objectifs, tels que la rougeur, le gonflement, l'hypersécrétion, observés dans les deux cas.

La congestion réalise sans doute une condition favorable pour l'inflammation et n'en est souvent que le premier stade, mais elle en diffère par un élément capital, exclusif : l'absence de micro-parasites devant déterminer la suppuration locale et peut-être la généralisation par les voies vasculaires.

Cette distinction admise, on peut résumer ainsi l'étiologie de l'affection qui nous occupe : *pénétration de micro-organismes pathogènes dans l'endométrium cervical.*

Nous allons voir tout à l'heure quelles en sont les variétés les plus fréquentes.

A côté de l'inflammation vraie, il y a de fausses inflammations des *pseudo-cervicites* qu'il est facile d'éliminer.

En premier lieu, le catarrhe congestif, non infectieux, celui des jeunes filles strumeuses, lymphatiques, apparaissant à l'époque de la puberté, ou même plus tôt. Cette localisation n'est pas spéciale du reste ; toutes les muqueuses expriment cet état constitutionnel : a conjonctive, la pituitaire, la muqueuse gingivo-labiale ; et il n'est pas surprenant que la muqueuse utérine, qui est le siège, au moment de la puberté, de phénomènes physiologiques intenses, reflète, elle aussi, cet état général défectueux. Il s'agit là d'un processus congestif particulier, chronique, se traduisant par du gonflement, de la rougeur, de l'hypersécrétion glandulaire. Le gonflement de la muqueuse peut même aller jusqu'à produire de l'ectropion ; mais tous ces phénomènes ne constituent pas l'inflammation ; il y manque l'élément essentiel : le germe infectieux caractéristique.

De même, après l'accouchement, avant que l'involution soit complète, la muqueuse cervicale, même dans un milieu aseptique, met un certain temps à reprendre son volume et ses rapports normaux. On peut la voir herniée légèrement, former, autour de l'orifice externe, un liseré rouge qui pourrait faire croire à un certain degré d'inflammation.

Mais cet ectropion, pas plus que celui du catarrhe congestif, ne sont des phénomènes inflammatoires ; ils sont simplement mécaniques et ce ne sont là que de *fausses cervicites*.

La *cervicite vraie*, comme nous l'avons admis, est infectieuse, et l'infection vient de l'extérieur.

Elle s'observe, dans la majorité des cas, sous l'une des trois formes suivantes :

1° *Suppurative*, banale ;
2° *Blennorrhagique* ;
3° *Puerpérale*.

Dans la première, nous avons rencontré, à l'origine, les variétés de staphylocoques caractéristiques de la suppuration banale.

Dans la seconde, le gonocoque qui trouve, dans les culs-de-sac glandulaires de l'endométrium cervical, un lieu d'élection, un retranchement derrière lequel il peut échapper à l'action des topiques dirigés contre lui, pulluler et se tenir toujours prêt à faire des incursions sur la muqueuse génitale et jusque dans les trompes et le péritoine, on retrouve cet organisme dans les glandes et dans les cellules épithéliales.

Dans la troisième enfin, les variétés de streptocoques de l'infection puerpérale plus ou moins atténués.

Tels sont les agents essentiels de l'inflammation du col : on peut les méconnaître, les chercher en vain ; ils peuvent même avoir disparu, après avoir accompli leur œuvre ; mais leur présence, à l'origine du mal, est indéniable, et sans eux, quel que soit l'aspect extérieur du col, il n'y a pas inflammation, il n'y a que congestion, pseudo-cervicite, en un mot.

Les causes banales invoquées jusqu'à ce jour pour expliquer la métrite : le froid, les troubles menstruels (qui sont plus souvent un effet qu'une cause), les excitations sexuelles trop répétées, exagérées ou perverties ; les excès de fatigue ; les traumatismes génitaux ou produits par un corps étranger, pessaire ou autre ; les états constitutionnels, scrofule, lymphatisme, pléthore, etc., toutes ces causes, disons-nous, ne réalisent que des

conditions prédisposantes. Les unes produisent la congestion et préparent ainsi le terrain au développement du germe pathogène ; les autres, comme les traumatismes, lui ouvrent une porte d'entrée.

Quant aux maladies infectieuses générales, comme la fièvre typhoïde, la scarlatine, la variole, etc., agissent-elles seulement comme causes prédisposantes par l'élément congestif qu'elles entraînent, ou localisent-elles en même temps, sur la muqueuse cervicale, les micro-organismes spécifiques de chacune ? C'est là une question qui n'est pas encore élucidée ; cette hypothèse est tout entière à démontrer.

Reste à déterminer les conditions dans lesquelles se fait l'infection, et nous serons brefs sur ce dernier point.

Le défaut de soins de propreté, l'usage d'éponges, de canules et d'instruments à injection malpropres, etc., sont les causes les plus vulgaires de l'inflammation banale, qu'elle se localise d'abord sur l'endométrium cervical, ou succède par extension à la vulvo-vaginite préalable.

La métrite blennorrhagique peut aussi être primitive ; mais le plus souvent, elle succède par propagation, à la vulvo-vaginite, à la bartholinite, à l'uréthrite ou coïncide avec elles.

Quant à la forme puerpérale, elle s'établit d'emblée, doublement facilitée qu'elle est par la congestion et par le traumatisme obstétrical.

Ajoutons enfin que la malade n'est pas toujours seule coupable de négligence, de malpropreté ou d'ignorance ; sans parler des cas où elle est victime de la contagion blennorrhagique, elle est souvent infectée par le doigt explorateur ou l'instrument septique.

SIGNES ET DIAGNOSTIC DE LA CERVICITE

Si l'on en juge par la confusion, ou du moins par la fusion des descriptions que donnent de la métrite tous les ouvrages didac-

tiques, il semble que la différence entre l'inflammation du corps et celle du col, sont singulièrement difficiles à établir.

On décrit une métrite aiguë et une métrite chronique avec des symptômes communs, que le processus inflammatoire intéresse le corps ou le col ; et, en thérapeutique, on s'acharne contre l'*ulcération* qui est partout pathognomonique de la forme chronique. Il n'est donc pas surprenant que la plupart des médecins n'aient encore qu'une idée fort vague en théorie, et plus vague en pratique, de ces deux affections.

Il est facile cependant d'attribuer à chacune des deux métrites, la métrite corporéale et la métrite cervicale, la part qui lui revient : il suffit pour cela de se rappeler la structure et les fonctions physiologiques des tissus affectés, en tenant compte toutefois de leur solidarité et de la coexistence possible de la double localisation de l'inflammation au corps et au col.

La *muqueuse du corps* est dépourvue de glandes acineuses et par conséquent ne sécrète pas : on ne peut considérer comme des glandes mucipares les dépressions en cœcum dont elle est criblée. Elle est, par contre, riche en vaisseaux sanguins : ceux-ci forment un double réseau sous-épithélial et sous-dermique richement anastomosé, qui entre, pour une bonne part, dans l'épaisseur relativement si considérable de cette membrane. Congestionnée ou enflammée, elle laissera s'écouler *du sang et du sérum*. Elle est essentiellement prédisposée à *l'hémorrhagie*.

La *muqueuse du col*, dans sa portion intra-cervicale (nous n'envisageons pas sa portion extra-cervicale qui présente l'aspect et la structure de la muqueuse du vagin dont elle n'est du reste que le prolongement), la muqueuse cervicale, disons-nous, diffère complètement de la muqueuse du corps. Plus résistante, moins épaisse, elle est accidentée, tapisse les saillies et les dépressions de l'arbre de vie ; moins vasculaire que la première, elle est, par contre, abondamment pourvue d'utricules et de véritables glandes en grappes simples ou composées et revêtue partout d'un épithélium caliciforme ou cylindrique sécrétant. Les réseaux lymphatiques sous-épithéliaux et péri-glandulaires y sont également plus développés.

Sa fonction est donc, contrairement à celle du corps, la sécrétion d'un *mucus limpide, mais épais et visqueux*. Celui-ci, plus

abondant, modifié dans son aspect, chargé de globules de pus, devient la caractéristique de l'inflammation de l'endométrium cervical.

La *douleur* est commune aux deux formes, mais avec des caractères particuliers, avec des localisations précises sur lesquelles nous aurons à revenir.

En résumé, sang et sérum pour le corps ; mucus plus ou moins modifié par addition de pus ou de sang, pour le col : tels sont en quelque sorte les produits réactionnels de chacune des muqueuses enflammées et qui permettront d'attribuer à l'une ou à l'autre les symptômes observés.

Les signes de l'inflammation du col, envisagés de plus près et en particulier, se divisent, comme dans les autres organes, en *fonctionnesl* et *physiques*.

A. — Signes fonctionnels.

Il en est deux principaux : la *sécrétion* et la *douleur*.

1° = La *sécrétion* est caractérisée par un écoulement exagéré ou une perversion des produits normaux des glandes et de l'épithélium de la muqueuse cervicale, c'est-à-dire du mucus.

Celui-ci, dans un col normal, transsude d'une façon insensible, reste d'une limpidité, d'une transparence parfaites et sa viscosité est relativement faible. Par sa présence, son alcalinité naturelle tendant à neutraliser l'acidité des sécrétions vaginales, il réalise une condition favorable à la conservation et à la progression des spermatozoïdes.

Dans un col enflammé, il n'en est plus de même : à un premier degré, dans le catarrhe, la modification porte surtout sur la quantité et la consistance du mucus sécrété ; il y a hypersécrétion et celle-ci se révèle à l'extérieur : c'est la *glaire*.

La malade a de la leucorrhée, le mucus, séchant sur le linge, l'empèse sans le colorer.

Si on examine le col au fond d'un spéculum, on voit sourdre de l'orifice externe cette glaire *filante*, *claire*, mais difficile à détacher, la consistance de la sécrétion ayant augmenté.

Que l'inflammation soit plus intense ou déjà plus ancienne, le mucus se trouble, devient louche, *blanchâtre*, par addition de débris épithéliaux et de leucocytes.

La sécrétion devient enfin *muco-purulente* ou *purulente franche*, tachant le linge en jaune-clair ou en jaune-verdâtre.

Ces divers aspects correspondent aux degrés divers d'acuité ou d'ancienneté de l'endométrite.

Dans les folliculites anciennes, dans ces formes qu'on a dénommées *acné du col*, les kystes sont parfois remplis de matière caséeuse, épaisse, de pus concrété : ils peuvent se rompre spontanément et leur contenu s'ajoute au mucus sécrété sans s'y mélanger, le striant seulement de traînées jaunâtres et épaisses.

Les glaires peuvent être enfin *sanguinolentes* : la muqueuse éversée, hypertrophiée et fongueuse saigne facilement ; la marche, le coït, le moindre contact suffisent à rompre les capillaires, et la sécrétion se teinte souvent de filaments, de stries allongées du sang extravasé.

Dans les formes polypeuses, la quantité de l'écoulement sanguin peut être plus considérable, presque continue et durer longtemps. Mais ce n'est toujours là qu'un simple suintement sanguin ; il n'y a jamais de véritables métrorrhagies comme dans la métrite du corps, et ce signe qui, à un interrogatoire superficiel, pourrait prêter à confusion, est au contraire, un bon moyen de diagnostic.

2° = La *douleur* a des localisations et des caractères multiples : elle est sous la dépendance du *col lui-même*, — ou des *ligaments* qui s'y insèrent, — de l'*obstruction* du conduit cervical, — ou des *complications* possibles du côté des organes voisins.

a) Le col enflammé n'est généralement pas douloureux spontanément ; mais il l'est souvent au contact.

Le coït, le toucher, le frottement du spéculum ou un tampon provoquent de la sensibilité ou même une douleur assez vive sur la partie touchée ; mais ce n'est là qu'un phénomène accessoire

en quelque sorte. Le col hypertrophié donne plus souvent à la malade une sensation de grosseur gênante plutôt que douloureuse, de corps étranger dans le vagin, qui, suivant sa direction, pèse sur le rectum ou la vessie et occasionne mécaniquement de la dysurie ou de la difficulté dans la défécation : la station assise peut même être, de ce fait, fort pénible.

b) Les *douleurs irradiées* sont beaucoup plus communes et constantes. Les malades accusent toutes des *maux de reins* plus ou moins intenses et tenaces dans la région lombaire et, si l'on fait préciser davantage, on constate que le point douloureux est toujours situé plus bas, au niveau du plexus sacré, ou au moins de la région lombo-sacrée. Son siège, est, en effet, dans les ligaments utéro-sacrés contractés douloureusement sous l'influence de l'inflammation du col, et participant eux-mêmes à cette inflammation. Ces douleurs sacrées sont exagérées par toutes les causes de congestion, imminence des règles, excitations sexuelles, fatigue physique, marches prolongées, cahotements d'une voiture, etc., et peuvent s'irradier jusque dans les cuisses et les jambes.

A ces phénomènes vraiment douloureux, imputables à la participation que prennent à la maladie les ligaments utéro-sacrés, se joignent des sensations pénibles de pesanteur, de lourdeur, celles-ci étant le résultat du relâchement des autres ligaments enflammés. Ces symptômes s'observent surtout chez les multipares, lorsque l'inflammation est contemporaine de l'accouchement ou des suites de couches et que l'involution parfaite des muscles accessoires de l'utérus n'a pas eu le temps de se faire, ou a été enrayée par l'inflammation.

c) *L'obstruction du canal cervical* est également une cause de douleurs.

Elle reconnaît trois causes principales :

1° le spasme des parois de l'orifice interne, spasme généralement intermittent, et ne constituant un élément appréciable que chez les femmes très nerveuses : il entre en jeu à l'occasion de toutes les causes d'excitation, et peut être une cause de dysménorrhée douloureuse.

2° L'obstruction mécanique produite par le gonflement de

l'endométrium cervical enflammé, et par les végétations polypoïdes ou kystiques qui caractérisent certaines formes de cervicite.

3° Enfin, les flexions véritables du corps sur le col.

Nous avons vu combien était fréquente l'antéflexion chez les nullipares affectées de métrite cervicale : elle peut être assez aiguë pour qu'il en résulte une obturation complète du conduit utérin. Chez les multipares, le conduit cervical est généralement plus perméable ; néanmoins on peut observer, chez elles aussi, des flexions très marquées, surtout en arrière.

Ces trois facteurs : spasme et obstruction mécanique par végétations endocervicales ou par flexion, peuvent coexister.

Isolés ou combinés, ils produisent le même résultat : obstacle à l'écoulement menstruel, muqueux, rétention du sang ou du mucus en arrière de l'obstacle, formation de caillots, contractions pénibles, ténesme de l'utérus ; en un mot, tous les symptômes douloureux et périodiques de la dysménorrhée par rétention.

Nous ne nous arrêtons pas davantage à cette modalité particulière de la douleur dans la cervicite ; elle n'en est qu'un phénomène inconstant et secondaire, de même que dans l'éventualité suivante.

d) Les complications prochaines ou éloignées, portant sur le paramétrium, sur les annexes, le péritoine, et même l'intestin, sont fréquentes dans l'évolution de la cervicite. Aux symptômes douloureux propres à celle-ci, viennent donc se joindre ceux qu'entraînent ces diverses complications. C'est ainsi que la dysurie, la défécation douloureuse peuvent reconnaître pour cause soit des noyaux de paramétrite antérieure ou postérieure ; soit de simples fusées inflammatoires qu'on peut observer surajoutées et prédominantes aux manifestations particulières de l'inflammation du col, à celles de la paramétrite et des diverses formes de salpingite et d'ovarite, dont nous n'avons pas à retracer ici le tableau.

Ajoutons, pour compléter cet aperçu des troubles fonctionnels liés à la métrite cervicale, qu'elle entraîne souvent la stérilité, soit par les modifications plastiques qu'elle détermine sur le col, soit par la perversion des sécrétions ou la chute de l'épithélium cylindrique.

Elle retentit enfin, par action réflexe, sur le fonctionnement de l'intestin et de l'estomac qui se parésient et, plus tard, surtout chez les héréditaires et les prédisposés, sur le système nerveux général.

B. — **Signes physiques. — Exploration.**

Ils ont été partiellement décrits au début de ce travail et nous ne nous y arrêterons pas longtemps.

L'*ectropion* de la muqueuse enflammée est le premier phénomène qui se produit quand l'endométrite devient extra-cervicale : léger, au début, et dans les formes inflammatoires pures, il apparaît sous forme d'un liseré rose vif, périostal, rarement égal en étendue sur les deux lèvres, et ordinairement plus large sur la lèvre antérieure.

Dans les formes compliquées de traumatisme, il atteint les plus larges proportions et par sa coloration plus intense, son aspect fongueux, il peut simuler une ulcération véritable. L'erreur, nous le savons, a été commise pendant longtemps. Ces surfaces apparaissent recouvertes d'un mucus adhérent, blanchâtre ou jaunâtre, parfois strié de sang.

L'*éversion des lèvres* est généralement parallèle au degré de l'ectropion, présentant son maximum dans les traumatismes bi-latéraux, de beaucoup moindre chez les nullipares et portant surtout sur la lèvre antérieure ; nous avons déjà décrit son mécanisme et ses divers degrés.

L'*orifice externe* présente les formes les plus variées. Largement béant, n'existant pour ainsi dire plus, ou représenté par une large fente transversale dans les traumatismes avec éversion, il est généralement agrandi aussi chez les nullipares. Ses bords, ramollis et éversés, se laissant déprimer par le doigt, pourraient faire croire à une grossesse antérieure.

Mais il n'en est pas toujours ainsi : chez les vierges et les nullipares, surtout dans les formes inflammatoires compliquées de déformation conique, l'orifice externe est souvent très rétréci, punctiforme, obturé par un bouchon de mucus : il faut le cher-

cher de l'œil et du doigt et il se laisse difficilement pénétrer par le cathéter. Il occupe le sommet du cône ou, plus souvent, est situé au-dessus et en arrière ; et ses bords, plutôt rigides que ramollis, semblent se renverser en dedans. Les auteurs sont muets sur cette disposition (*entropion*).

La cavité du col dépend de la forme de l'orifice. Dans les cervicites traumatiques avec large éversion et ectropion libre, elle est infundibuliforme : sa base s'ouvre largement en avant, comme le pavillon d'une trompe ; son sommet se confond parfois avec l'orifice interne qu'on atteint avec le doigt. Les parois en sont épaisses et dures : c'est l'aspect le plus fréquent des formes anciennes avec inclusions glandulaires et sclérose des parois.

Dans les cas d'atrésie extrême de l'orifice externe, en l'absence de traumatisme antérieur, lorsque l'inflammation est restée *intra-cervicale*, la cavité diffère. Nous avons dit que l'ectropion manque.

La cavité peut être alors cylindroïde, avec parois épaisses et muqueuse hypertrophiée, molle et saignante.

Cavité cervicale agrandie. — Il est des cas, ordinairement anciens, où l'inflammation restée intra-cervicale se complique d'allongement conique et de flexion, dans lesquels la cavité accrue de dimension, limitée par les deux orifices interne et externe atrésiés, se dilate notablement : elle devient *fusiforme*, *elliptique*, à parois lisses et minces distendues par le mucus. (*Col en barillet.*)

Le drainage des sécrétions morbides se fait mal ; elles s'accumulent dans le canal et l'inflammation gagne rapidement en profondeur. C'est là une des formes les plus rebelles de la métrite du col. Elle n'est heureusement pas la plus commune, car, dans la majorité des cas, même chez les nullipares, il y a relâchement de l'orifice, éversion des lèvres, et la cavité est, comme dans le traumatisme, infundibuliforme avec diamètre moindre, et parois épaisses.

Tels sont les troubles fonctionnels et les caractères physiques extérieurs des diverses formes de l'inflammation du col. Il est généralement facile de reconnaître, au premier abord, qu'on a affaire à une métrite cervicale lorsque les malades accusent de la

leucorrhée épaisse, des douleurs sacrées, ou lombo-sacrées et les sensations pénibles que nous avons décrites.

L'exploration physique permet du reste de confirmer rapidement le diagnostic et de le préciser.

Par *l'examen au spéculum* on se rend compte de la nature et de l'abondance des sécrétions, de l'étendue de l'ectropion, du volume *apparent* du col, de la coloration du contenu des kystes folliculaires superficiels. C'est là un procédé d'investigation qui n'est pas indispensable à la rigueur et qui ne doit être employé qu'après le *toucher*.

Le *toucher* fournit tous les renseignements désirables et avec plus de précision que la vue : volume, forme et direction du col, état de l'orifice atrésié ou largement déchiré, degré de l'éversion, consistance de la muqueuse en ectropion et étendue de celui-ci, présence et siège des kystes folliculaires, nodule fibreux cicatriciel des angles des lacérations, douloureux au contact, flexions de l'utérus, enfin les modifications de consistance ou de volume du paramétrium et des annexes, s'il existe des complications dans ce sens.

Pour donner le maximum d'indications, le toucher doit être pratiqué *avec deux doigts*, l'index et le médius, introduits accolés l'un à l'autre, jusqu'au fond du vagin et en déprimant la paroi périnéo-rectale. On peut alors en écarter les extrémités à la manière d'un compas, et se rendre compte ainsi de l'épaisseur du col, du degré comparatif d'éversion des deux lèvres, de toutes les modifications physiques, en un mot, du segment cervical enflammé. Avec un peu d'habitude on apprécie très nettement, avec la pulpe de l'index, la consistance de la muqueuse en ectropion et le mince bourrelet qui la limite et la sépare de l'épithélium de la muqueuse cervico-vaginale.

Dans les cas de traumatisme ou de large béance de l'orifice externe, on peut pratiquer, en même temps, le toucher intra-cervical ; on arrive ainsi à sentir, tout près de l'orifice interne, les aspérités de la muqueuse malade, les polypes, les kystes profonds, les nodules cicatriciels, tous renseignements précieux, au point de vue des limites que devra atteindre l'intervention ultérieure.

Le choix de la main est indifférent, pour l'exploration du col seul et dépend de l'habitude personnelle ; mais pour constater l'état des annexes, il faut employer les doigts de la main droite pour le côté droit, et réciproquement, en s'aidant de la main libre qui, pressant au-dessus des arcades inguinales correspondantes, abaissera les organes vers les doigts explorateurs.

La malade peut être examinée dans le décubitus dorsal, ou, beaucoup mieux, dans la position du spéculum.

Nous avons vu qu'il est des cas où les symptômes fonctionnels existent, alors que les signes physiques les plus caractéristiques manquent ou semblent faire défaut. Nous voulons parler des cas d'endométrite *intra-cervicale pure*, sans ectropion, avec atrésie de l'orifice externe. Pour apprécier l'étendue et la profondeur du mal, la vue et le toucher sont insuffisants ; c'est alors qu'on peut avoir recours à deux artifices opératoires, la *section du col* et la *dilatation*.

Indépendamment de leur utilité, au point de vue du diagnostic, ces deux moyens présentent encore un incontestable avantage thérapeutique.

La *section du col* se fait avec une lame angulaire, à double tranchant, en forme de lance, avec le bistouri, ou simplement d'un coup de ciseaux porté sur chaque commissure : on peut écarter alors les lèvres et apprécier avec l'œil et le doigt ce que dissimulait l'angustie de l'orifice. On peut, ou non, suivant les cas, en suivant la méthode de traitement qu'on se propose d'adopter, réunir ensuite, par un point de suture, les lèvres de la section.

La *dilatation* vise au même but, c'est-à-dire rendre accessible à l'examen la cavité cervicale malade. Elle s'obtient au moyen de tiges de laminaires de calibre progressif, laissées en place pendant 12 ou 24 heures, puis d'éponges préparées, les unes et les autres traitées antiseptiquement, c'est-à-dire immergées préalablement dans l'éther iodoformé. Si l'on désire une dilatation plus rapide, on peut employer l'un des nombreux dilatateurs mécaniques imaginés dans ce but, les bougies ou sondes graduées de Hancks, Tait, Hegar, etc. Ces procédés rapides ont l'inconvénient

d'être parfois très douloureux et difficilement tolérés. La dilatation ainsi obtenue est très éphémère ; elle est suffisante cependant pour permettre l'introduction de la pulpe du doigt et compléter un diagnostic.

La dilatation suivie d'un examen circonstancié de la cavité utérine avec le doigt introduit au delà de l'orifice interne et se mouvant librement dans le canal élargi, est le seul procédé d'investigation capable de fournir un diagnostic anatomique précis, et de fixer le siège des lésions. L'état lisse ou grenu de la muqueuse, l'accumulation d'amas végétants, de polypes ou de saillies kystiques en un point déterminé, enfin le contrôle obtenu par le toucher utérin répété au cours du curettage, sont les principales données de l'exploration digitale. Celle-ci ne sera réellement fructueuse que lorsqu'elle aura été précédée de la dilatation progressive avec la laminaire et l'éponge. Nous en avons fait maintes fois l'expérience.

Le *catéthérisme* enfin est un moyen de diagnostic qui, à défaut du toucher intra-cervical, peut rendre de grands services. Il est bon de se servir d'un cathéter rigide ou au moins malléable, celui de Sims par exemple ; une bougie molle donne des notions moins nettes. Le cathéter, manœuvré par une main expérimentée, fournit, avec une netteté très suffisante, la sensation des aspérités de la muqueuse épaissie ou polypeuse, des saillies kystiques, des dimensions transversales de la cavité dilatée derrière l'orifice rétréci, du détroit formé par l'orifice interne. Etant gradué, il donne la mesure du col qu'on peut comparer à la longueur totale de l'utérus ; — avec un doigt introduit en même temps dans le vagin, il est possible d'apprécier l'épaisseur des parois cervicales. Enfin, la forme d'une ligne deux fois brisée ou d'une courbe qu'on est quelquefois obligé de donner au cathéther, pour le faire pénétrer jusqu'au fond de l'organe, indique la direction du conduit cervico-utérin, lorsqu'il y a flexion du col sur le corps, et flexion de la lèvre antérieure éversée.

Grâce à ces moyens d'exploration, qu'il est nécessaire de combiner, on peut se rendre un compte exact et complet des lésions, et nul des détails du diagnostic ne peut échapper.

Il est bien entendu que toutes les *précautions antiseptiques* doivent être prises avant, pendant et après ces examens.

Il est bon de donner soi-même, tout d'abord, une injection antiseptique vaginale, un doigt étant introduit et maintenu dans le vagin, afin d'en nettoyer tous les replis ; on se servira pour cela d'une solution de *sublimé* ou de *biiodure de mercure* à 1/2000.

Les doigts et les instruments, préalablement stérilisés, seront enduits de vaseline au sublimé à 1/1000 ; le cathéter surtout, qui peut produire de petites déchirures de la muqueuse et ouvrir une porte à l'infection, sera rigoureusement nettoyé après et avant chaque examen. Le mieux est de le flamber rapidement à la flamme d'une lampe à alcool. On ne se servira que de tampons d'ouate ou d'étoupe purifiées pour débarrasser le col de ses sécrétions. On lira plus loin l'emploi avantageux de l'éther iodoformé.

On terminera l'examen par une nouvelle injection. Il sera prudent d'insuffler un peu d'iodoforme dans la cavité cervicale, ou d'y faire une embrocation antiseptique quelconque et de laisser dans le vagin, jusqu'au lendemain, un tampon imprégné de glycérine iodoformée ou salolée : ce pansement offre le double avantage de constituer un excellent topique et de permettre aux petites excoriations, qu'on a pu produire, de se réparer dans un milieu antiseptique. Grâce à ces précautions, on peut se livrer à une exploration complète sans redouter les complications autrefois si fréquentes.

Du *diagnostic différentiel*, nous n'aurons pas grand'chose à dire, après les détails dans lesquels nous sommes entré. Il n'est guère à faire qu'avec la *métrite du corps* — et l'*épithélioma*.

Relativement à la *métrite du corps*, nous avons établi qu'elle est caractérisée par les métrorrhagies et l'écoulement d'un fluide bien différent du mucus cervical. La douleur n'a pas non plus les mêmes localisations : elle a son siège surtout où est le mal, c'est-à-dire dans le corps de l'utérus et particulièrement au niveau du fond. Elle n'est pas spontanée et continue ; on la provoque par la pression de l'utérus.

L'augmentation de volume porte sur le corps de la matrice.

Souvent, il est vrai, il y a coexistence des deux métrites, celle du *corps* et celle du *col*, et il est bon de le reconnaître pour

instituer le traitement. La guérison de l'une n'a que peu d'influence sur l'autre. Nous pouvons le dire en passant, c'est là le secret de bon nombre des échecs reprochés au traitement de l'endométrite par le curage.

Quant à l'*épithélioma*, il ne peut y avoir hésitation que tout à fait au début : il est vrai que c'est à cette période surtout que le diagnostic a toute son importance. Si les commémoratifs, l'état général, l'aspect du col, la consistance, la couleur, l'odeur des sécrétions, les hémorrhagies antérieures, etc., ne forment pas un ensemble suffisamment démonstratif, il est facile de lever les doutes par l'examen microscopique d'un fragment enlevé, à la curette ou au bistouri, sur le point suspect.

Nous ne citons que pour mémoire les fibromes du col qui ne présentent généralement guère de difficultés de diagnostic.

COMPLICATIONS DE LA CERVICITE

Les complications possibles de la cervicite sont de plusieurs ordres et résultent soit de la propagation de l'inflammation au delà des limites du col, soit de troubles fonctionnels ou trophiques locaux, exagérés.

Ce sont :

1° Les lésions par propagation *en surface* de l'inflammation à la muqueuse du corps, à celle des annexes, au péritoine, — et rétroactivement aux culs-de-sac vaginaux.

2° Les lésions transmises *en profondeur* et au loin par la voie des *troncs* veineux et lymphatiques efférents.

3° Les impressions morbides sur les organes voisins, vessie, rectum.

4° Les troubles par rétention des sécrétions, en particulier les spasmes douloureux.

5° Les déformations : flexions permanentes.

6° Les déviations : rétroversion, prolapsus.

1° Propagation des lésions par continuité des muqueuses.

a) *Endométrite du corps.* — Du côté de la cavité du corps, la propagation se fait en surface, par continuité de la muqueuse, et cela, dans tous les modes d'infection. On peut l'assimiler à l'extension, en surface, de la lymphangite cutanée ou muqueuse.

Le type en est la variété *blennorrhagique.*

Les gonococci, localisés d'abord sur la muqueuse cervicale, dans l'interstice et dans l'intérieur des cellules épithéliales, trouvent, dans l'hypersécrétion que provoque leur présence, un excellent milieu de culture. Leur développement est rapide et ils gagnent en surface, en même temps qu'ils suivent l'épithélium en profondeur et vont se cantonner au fond des culs-de-sac glandulaires.

La structure de l'épithélium utérin est propice à leur multiplication. La menstruation, les congestions de toute nature de l'endométrium du corps sont alors les circonstances adjuvantes de la propagation. Celle-ci est rapide et précoce, et si, cliniquement, l'endométrite blennorrhagique du corps n'est pas toujours facile à constater, ou au moins à dissocier de la cervicite, la rapidité avec laquelle se manifestent souvent les lésions tubaires force bien à l'admettre comme processus intermédiaire obligatoire entre l'infection du col et celle de la trompe.

La marche doit être la même, quoique plus lente, dans les formes *d'infection banale*, lorsque l'inflammation a débuté par une lymphangite simple du col, du vagin ou de la vulve.

L'endométrite du corps peut exister primitivement et isolément, sans doute, mais ces faits sont rares en dehors de la

grande *infection puerpérale* où le foyer morbide peut être créé par le contage porté directement sur la plaie placentaire.

Néanmoins lorsqu'on trouve cliniquement la coexistence des deux endométrites, celle du col et celle du corps, ce qui est la règle, il y a grande apparence que les lésions ont débuté par le col du fait d'une lésion à marche progressive.

b) *Salpingite.* — La continuité et l'analogie de structure des muqueuses de l'utérus et de la trompe suffit très bien à expliquer la propagation inflammatoire à ce dernier organe ; et si nous insistons sur l'inflammation des annexes, à propos de la cervicite, c'est que le col est, en réalité, plus que le corps, le foyer permanent de l'infection et son centre d'irradiation. Rien ne s'oppose à ce que les micro-organismes partis du col infectent la muqueuse du corps et franchissent un degré de plus dans cette voie ascensionnelle ; que l'endosalpingite ne continue l'endométrite. N'est-ce pas là, du reste, le processus très simple de toute infection des muqueuses en continuité ? Ne voit-on pas tous les jours des conjonctivites compliquer des affections de la muqueuse nasale ; une otite moyenne succéder à une angine ; une bronchite commencer par du coryza ou de la laryngite, et, pour plus d'analogie, la cystite, l'uretérite, la pyélite évoluer successivement à la suite d'une uréthrite ? (1) On admet très généralement que, dans ces cas, les micro-organismes, auteurs et vecteurs de l'inflammation, ne prennent pas les voies détournées du système des troncs vasculaires ou lymphatiques et suivent la ligne droite, c'est-à-dire la continuité du tapis épithélial ou du réseau lymphatique sous-muqueux de l'organe intéressé. Il n'y a pas de motif pour que la trompe fasse une exception à cette règle et c'est bien ainsi que les choses se passent, au moins dans la majorité des cas. En effet, il est bien exceptionnel, si toutefois cela est possible, de constater une salpingite, une ovaro-salpingite, sans qu'on puisse retrouver actuellement, ou dans les antécédents de la malade, les symptômes et l'histoire d'une métrite du col et du corps.

La nature de la salpingite secondaire varie avec le degré de virulence du germe qui a infecté primitivement le col.

(1) Voir th. de Monprofit et de Hallé.

Dans les formes banales ou septiques atténuées de la métrite, on peut n'avoir à observer que de la *salpingite catarrhale*. Dans les formes plus graves, dans la blennorrhagie par exemple, le *pyosalpinx* semble devoir être de règle, mais le fait n'est pas démontré.

Dans quelques cas, les capillaires de la muqueuse tubaire enflammée, gonflés et gorgés de sang, se rompent ; il se fait un épanchement sanguin dans la cavité de l'oviducte et c'est là un des éléments pathogéniques de l'*hémato-salpinx* hâtif ; mais il y a aussi les collections sanguines enkystées tardives dues à des altérations vasculaires avancées et quelquefois au reflux du sang utérin.

Nous n'avons pas à faire l'histoire des salpingites : il suffit de signaler le danger et la fréquence de cette complication.

c) *Péritonite*. — On sait quelles sont les dispositions anatomiques de la trompe. Les sécrétions inflammatoires de ce conduit n'ont que peu de tendance à s'évacuer par l'orifice utérin qui est bien vite obstrué par le gonflement de la muqueuse d'une part, et par les déviations de la trompe augmentée de volume et de poids, d'autre part. C'est vers son orifice péritonéal, au contraire, plus large et plus déclive, que se dirigent naturellement les liquides.

Leur action irritante, due aux ptomaïnes et aux microbes, ne tarde pas à se produire sur le péritoine qui est en continuité avec la muqueuse endosalpingienne. Il se développe alors une péritonite dont le foyer initial correspond à l'orifice péritonéal de l'oviducte.

Cette péritonite est généralement discrète et sans grande réaction ; d'ailleurs la *douleur* subit de grandes variations.

Tant que le processus inflammatoire reste localisé sur la muqueuse tubaire, il est ordinairement indolent, ou, du moins, la douleur spontanée est légère, confusément perçue. C'est lorsque l'enkystement se produit et détermine une tension excentrique notable dans la trompe, et surtout lorsque l'ovaire s'enflamme à son tour et se congestionne en totalité, qu'elle acquiert son maximum d'acuité. L'envahissement de la séreuse péritonéale ne provoque une réaction douloureuse réelle que lorsque il y a de la

paramétrite, c'est-à-dire inflammation du tissu sous-séreux qui recèle les filets nerveux abondants destinés à l'utérus et aux annexes.

Le moment d'apparition d'une douleur franche dans l'hypogastre est même un bon indice de l'extension du mal au delà des limites de la muqueuse utérine. Beaucoup de malades ne donnant guère d'importance à la leucorrhée ou aux troubles subjectifs légers qui ont précédé l'invasion du péritoine, font remonter à ce moment précis le début de leur maladie. C'est ainsi qu'en méconnaissant le point de départ cervical de l'inflammation, on a pu croire à la spontanéité de la pelvipéritonite et des lésions des annexes.

Nous ne ferons que signaler les dangers secondaires de ces lésions : possibilité de la rupture du kyste salpingien ou d'un abcès enkysté dans le péritoine, éventualité très rare ; ouverture dans une cavité voisine et fistules persistantes, tiraillements ou étranglement de l'intestin, compression des uretères, etc...

d) *Ovarite.* — Nous avons suffisamment indiqué le mode de propagation de l'inflammation utérine à l'ovaire, par l'intermédiaire de la trompe.

La phase aiguë de l'oophorite se confond avec celle de la pelvipéritonite et les symptômes en sont d'importance secondaire. Les adhérences et les fausses-membranes persistantes, qui déplacent et étranglent l'ovaire, provoquent, dans cet organe, un travail irritatif continu qui porte sur le parenchyme d'abord, puis sur le tissu médullaire. L'aboutissant final en est la dégénérescence microkystique et l'atrophie.

L'oophorite chronique donne lieu à de vives souffrances et ajoute ses symptômes propres à ceux de la salpingite et de la périmétrite, pour constituer le complexus qu'on désigne sous le nom de maladie des annexes.

Telles sont les complications, qu'on peut appeler ascendantes, de la métrite cervicale, par voie de continuité du revêtement.

Cette pathogénie de l'ovaro-salpingite, accompagnée toujours d'un certain degré de péritonite localisée, est classique depuis les recherches de Bernutz, Siredey, Gallard, Seuvre, etc. La

coïncidence des lésions de l'ovaire avec celles de la trompe et de l'endométrium avait déjà frappé Aran.

Nous ne devons pas insister sur ces lésions. Qu'il nous suffise d'établir qu'elles peuvent se montrer comme complications directes et rapides, dans les formes très virulentes de l'inflammation du col ; plus tardives, moins constantes et moins graves, dans les formes atténuées.

Cette relation pathologique permet de pressentir l'heureuse influence qu'exerce souvent, sur les lésions des annexes, une thérapeutique efficace dirigée sur le col : plusieurs de nos observations le prouvent.

e) *Vaginite des culs-de-sac.* — Il est une autre complication, de gravité moindre, mais d'une grande ténacité. C'est la *vaginite postérieure.*

L'infection blennorrhagique joue un rôle primordial dans sa production et son entretien.

La vaginite virulente généralisée du début a pu disparaître sous l'influence de topiques appropriés, et la nature de l'épithélium vaginal explique l'efficacité du traitement.

Mais nous avons dit avec quelle vitalité se conservent dans les glandes du col, les micro-germes spécifiques. La continuité du revêtement intra et extra-cervical explique la réinfection secondaire de celui-ci.

On trouve alors, tout autour du col, surtout dans le cul-de-sac postérieur, des plaques plus ou moins étendues et proéminentes, d'un rouge vif, constituées par l'hypertrophie de groupes de papilles ; celles-ci sont gonflées, infiltrées de jeunes cellules, mises à nu par la chute des cellules stratifiées de revêtement et saignent facilement. Une sécrétion abondante les recouvre et en découle. On y trouve, à côté du gonocoque de Neisser, les bactéries propres aux écoulements vaginaux.

Cette forme de vaginite s'amende sous l'influence du traitement ; mais elle a des récidives ou des recrudescences fréquentes et auxquelles il faut s'attendre, tant qu'on n'a pas tari la source des réinfections, c'est-à-dire *guéri la métrite cervicale.*

Si le liquide stagnant dans le cul-de-sac vaginal contient

beaucoup de sepsines irritantes, il peut produire de légères érosions sur la muqueuse qui revèt le museau de tanche.

2° Lésions transmises par les troncs veineux et lymphatiques. — Lymphangite et phlébite des troncs péri-utérins.

Le point de départ de ces complications est le même que précédemment : c'est le col malade.

L'ovaro-salpingite et la péritonite peuvent quelquefois aussi en être l'aboutissant, les veines et les lymphatiques circum-utérins ayant servi d'intermédiaires ; mais là se borne la similitude des processus.

Les moyens de pénétration et de transmission des germes phlogogènes diffèrent, et un double élément de plus, le tissu cellulaire péri-utérin et les troncs vasculaires qu'il renferme, participent à l'inflammation.

On peut induire de ces données la gravité plus grande de cet ordre de complications.

Ce n'est pas le lieu de refaire l'historique des doctrines de l'inflammation du tissu cellulaire pelvien, ni de rappeler les noms des auteurs qui, depuis Bourdon, Grisolle, Nonat, Valleix, etc., les ont soutenues.

Les progrès du diagnostic gynécologique et de la chirurgie abdominale, réalisés depuis quelques années, permettent de reconnaître rétrospectivement le bien fondé de chaque théorie, au moins, dans des faits particuliers.

La seule objection qu'on puisse faire à chacune d'elles, c'est de prétendre expliquer tous les cas.

Il faut admettre avec Aran, Bernutz, etc., que la majeure partie des inflammations pelviennes sont des pelvi-péritonites, avec participation de la trompe et de l'ovaire à l'inflammation. Mais on ne saurait nier la cellulite, la phlébite et la lymphangite pelviennes ; les pièces anatomiques abondent pour démontrer leur existence sous la forme aiguë ou sous la forme de paramétrite chronique.

Donc, à côté de la *périmétrite*, que nous avons vue résulter de l'extension en surface de l'inflammation partie du col, il y a la *paramétrite*, c'est-à-dire l'inflammation sous séreuse du tissu cellulaire péri-utérin, et les éléments qu'il renferme y sont plus ou moins intéressés.

Rare sur les faces et le fond de l'utérus, *le tissu cellulaire* abonde autour de la portion sus-vaginale du col, surtout latéralement, où il forme la charpente des ligaments larges ; de là, il s'étend autour et en avant de la vessie pour se continuer avec celui qui double la paroi abdominale et les fosses iliaques ; en arrière, il tapisse le plancher pelvien et se continue avec celui du mésentère.

Il double, en un mot, tout le péritoine pelvien, viscéral et abdominal, et entre, pour une part plus ou moins considérable, dans la structure des ligaments de l'utérus. C'est à la base des ligaments larges, c'est-à-dire en connexion avec les parties latérales de la portion sus-vaginale du col, qu'il abonde le plus et qu'il renferme les troncs vasculaires, sanguins et lymphatiques, les plus importants.

Cette disposition rend compte de la fréquence plus grande de la *paramétrite latérale* et explique l'extension de l'inflammation cervicale par voie de phlébite et de lymphangite.

L'association de deux facteurs : le *traumatisme* et la *septicité*, est nécessaire pour produire cet ordre de complications, et on peut la retrouver dans tous les cas où ces deux éléments se combinent.

Le traumatisme aseptique, puerpéral ou chirurgical, se répare primitivement et simplement. La déchirure latérale du col peut, au moment de l'accouchement, atteindre et diviser l'insertion vaginale et le tissu cellulaire du ligament large, sur une plus ou moins grande étendue ; le dernier terme de la réparation de ce traumatisme sera une simple cicatrice linéaire, imperceptible, sans complications immédiates, ni rétractions consécutives.

D'autre part, la septicité sans traumatisme, c'est-à-dire l'endométrite cervicale, ne trouvant pas de gros vaisseaux ouverts pour les enflammer et se propager par leur moyen, gagne en surface, comme nous l'avons vu, par contiguïté des cellules, ou

par lymphangite réticulaire muqueuse et produit les complications que nous avons énumérées dans le chapitre précédent.

Qu'au contraire le traumatisme et l'infection se combinent, il faudra compter avec l'éventualité des complications les plus graves. Celles-ci peuvent avoir une marche suraiguë et rapidement mortelle, ou subaiguë, pouvant rétrocéder, au moins partiellement, mais aboutissant souvent à des lésions chroniques.

La *paramétrite suraiguë* s'observe surtout dans les formes très virulentes de la septicémie puerpérale. Elle compliquait autrefois souvent les interventions chirurgicales sur le col. La vulgarisation des notions antiseptiques l'a rendue heureusement rare aujourd'hui.

Dans ces cas à terminaison fatale, rapide, les lésions sont complexes et les portes d'entrée multiples. Le muscle utérin, les annexes et le péritoine sont envahis d'emblée, en même temps que le tissu cellulaire et les vaisseaux utérins efférents, veineux et lymphatiques ; mais ce n'est certainement pas ces derniers que l'infection pénètre tout d'abord. Par contre, l'effraction du col ouvre les gros troncs qui en partent et le germe infectieux, qui existait déjà sur la muqueuse cervicale ou dans le vagin de la malade, ou qu'apporte le doigt de l'opérateur, s'engage bien vite dans cette voie qui lui est largement ouverte. On peut admettre que la phlébite et la lymphangite péri-utérines précèdent la métrite totale qui se développe rapidement sans doute, mais suivant une progression régulière.

Si l'inflammation septique puerpérale aboutit vite au péritoine en suivant les cavités de l'utérus et de la trompe, elle y peut arriver d'emblée par les gros troncs lymphatiques efférents du col. C'est ensuite par le réseau sous-séreux qu'elle gagne rapidement en surface et se généralise à toute la cavité péritonéale.

Le processus est donc double, mais le traumatisme cervical ajoute un facteur prédominant à la gravité des infections puerpérales en favorisant la phlébite et la lymphangite hâtives des gros troncs et des réseaux extra-utérins.

Ces formes graves sont heureusement devenues rares et si elles sont encore trop fréquentes dans le domaine obstétrical, on peut dire qu'elles ne sont guère plus à craindre dans la pratique chirurgicale actuelle.

A côté de celles-ci, il y a des formes *lentes*, *subaiguës*. Les deux éléments pathogéniques, traumatisme cervical et infection, en sont les mêmes, mais la virulence est atténuée. La porte d'entrée est ouverte par le traumatisme obstétrical, par le bistouri, l'hystérométrie, etc. ; les germes sont ceux d'une inflammation banale. Celle-ci gagne plus lentement le tissu cellulaire voisin, par la voie des lymphatiques plutôt que par celle des veines qui se défendent grâce aux thromboses ; il y a lymphangite et péri-phlébite plutôt que phlébite ; l'infection chemine lentement, fuse à la façon des suppurations chroniques, ne se généralise pas et reste localisée au-dessous du péritoine, n'intéressant ni la séreuse, ni les organes voisins.

C'est la *paramétrite* proprement dite.

La localisation la plus fréquente est la base ou les bords du ligament large, lorsqu'elle est d'origine puerpérale. L'inflammation, si elle n'est point enrayée, peut s'étendre de là à tout le ligament, aux parties antérieure, latérale, postérieure, ou à la totalité du bassin et, suivant les localisations qu'elle affecte, on est en présence du *phlegmon du ligament large*, du phlegmon *prévésical*, du phlegmon *iliaque*, de toutes les formes, en un mot, de la cellulite pelvienne. Elle se termine, comme ailleurs, par résolution, par suppuration ou par induration chronique. La résolution complète est rare et, dans toutes les éventualités, il reste presque toujours des traces de ces lésions, sous forme de petits foyers purulents enkystés, de traînées cicatricielles dures, qui, par leur rétraction lente, finissent par déterminer des déviations utérines difficilement réductibles. Les latéro-déviations reconnaissent presque toujours cette origine.

Ce n'est pas tout : quand on parle de cellulite pelvienne, il faut entendre inflammation des gaines veineuses et lymphatiques, d'abord et, par extension, inflammation du tissu cellulaire ambiant. C'est ainsi que le *méso-salpinx* et le *méso-ovarium* étant atteints, le parenchyme même de ces organes peut être fortement intéressé avant le reste, et l'on se trouve en présence d'une oophoro-salpingite affectant les tuniques externes avant d'impressionner la muqueuse.

Celle-ci d'ailleurs ne présente pas nécessairement les processus identiques à ceux de la forme catarrhale.

Des ganglions pelviens, dont l'existence est encore discutée, sont pris dans les régions où ils existent.

Quant à ce que Martineau a décrit comme une *adénite en chapelet* sur le bord inférieur du ligament large, cela ne doit pas être confondu avec la véritable cellulite, car il a décrit sans doute des signes se rapportant à la salpingite.

L'interprétation pathogénique des ovaro-salpingites, donnée par M. Lucas-Championnière, trouve en partie sa justification dans ce qui précède.

Mais répétons que l'inflammation, dans ce mode pathogénique, atteint l'ovaire et la trompe par le tissu cellulaire et les vaisseaux qui en forment le hile.

Il s'agit alors de formes *interstitielles primitives*.

S'il y a en même temps de l'endo-salpingite et de l'ovarite parenchymateuse, c'est-à-dire folliculaire, faut-il supposer qu'elles sont secondaires à l'inflammation du stroma ? Il est plus logique d'admettre qu'il y a eu concurremment propagation du processus, de la muqueuse utérine à la trompe et à l'ovaire, suivant la marche que nous avons indiquée la première. (*Voir le chapitre précédent.*)

La cervicite traumatique est parfois le point de départ d'une complication dont l'origine cervicale ne nous paraît pas douteuse, bien que cette complication nécessite l'adjonction de conditions particulières de la part du sujet, telles que : nervosisme, état général défectueux, arthritisme, embonpoint excessif, anémie profonde, troubles hépatiques, rénaux ou intestinaux. Nous voulons parler de la *phlegmatia apyrétique*, qui succède parfois aussi bien à l'accouchement aseptique qu'à une intervention chirurgicale sur le col. Cette phlébite torpide se montre tardivement à l'un des membres inférieurs et sans avoir été précédée d'aucun trouble abdominal ou pelvien. La réaction thermique est nulle ou insignifiante. Les symptômes de la maladie sont très atténués, et son évolution est assez rapide. Nous pensons qu'en pareil cas, les troncs veineux pelviens, impressionnés par une phlébite juxta-cervicale, ont été la voie de transmission de l'inflammation aux veines des membres, bien que le toucher et le palper ne révèlent rien du côté de la région opérée. Hormis cette hypothèse, toute autre explication est entièrement à démontrer.

Mécanisme des récidives d'ovaro-salpingite.

Les conditions pathologiques doubles, capables de déterminer la propagation de l'inflammation aux annexes, — lymphangite réticulaire muqueuse —, lymphangite tronculaire sous-séreuse, — font naître la nécessité d'élucider les causes qui occasionnent les récidives aiguës de ces complications. En d'autres termes, lorsqu'on observe, avec les retours si fréquents de la métrite cervicale, une poussée de douleurs associée à la tuméfaction de la région ovaro-salpingienne, et à la réapparition des phénomènes généraux... que la récidive pelvienne soit unilatérale ou bilatérale, que faut-il incriminer ?

La réponse n'est pas toujours aisée.

Si l'on s'en rapporte au gonflement qui apparaît toujours préalablement au col, coïncidant avec une série de folliculites en évolution ; si l'on observe que le siège prédominant de ces tumeurs folliculaires enflammées tantôt d'un côté du col, tantôt de l'autre, coïncide avec le côté des annexes affectées, on peut accepter que l'impression morbide partie du stroma cervical avoisinant le follicule enflammé, soit par contact, soit par le réseau des lymphatiques de la couche musculaire ou de la gaine cellulaire, éveillera la lésion pelvienne endormie.

On peut même invoquer simplement une action nerveuse réflexe partie du col, exerçant une action congestionnante sur le foyer pelvien.

Si, par contre, on tient surtout compte de la flexion qui s'exagère au moment de la poussée de cervicite, et de la turgidité inflammatoire de l'endométrium cervical qui suffirait à elle seule à gêner ou à empêcher le drainage utérin ; si enfin on considère la fréquence des atrésies spasmodiques dans l'utérus enflammé, sachant que ces phénomènes coïncident avec une hypersécrétion manifeste des glandes non oblitérées du segment cervical supérieur, on doit admettre que la rétention des produits de sécrétion de la cervicite rappelle l'endométrite du corps à l'état aigu et, par répercussion directe, la salpingite.

L'une et l'autre hypothèse sont admissibles. Nous ne pouvons trancher le différend.

Peut-être la voie paramétrique réveille-t-elle seulement l'élément douleur, surtout dans l'ovaire, et la voie endométritique ramène-t-elle le catarrhe endo-salpingitique de préférence.

Ce qui est certain, c'est que, lorsque la lésion pelvienne est minime, l'ablation de la muqueuse du col et des follicules engagés profondément dans le stroma, la fait définitivement disparaître ; que souvent il suffit d'ouvrir un follicule plein, prêt à crever, pour faire cesser, en quelques minutes, la douleur, la gêne, la pesanteur qui affectaient tout le bassin et surtout le côté pelvien correspondant.

Nous compléterons mieux notre pensée en disant que nous estimons grande l'influence du *col enflammé* sur les *annexes malades*, et que l'observation nous a montré que la lésion cervicale est suffisante, sans addition d'endométrite du corps, pour rappeler l'ovaro-salpingite, surtout *l'ovarite*, au sujet de laquelle une étude spéciale sera publiée.

Nous ne quitterons pas ce sujet sans rappeler ici ce fait bien connu des cliniciens : *l'influence des affections des annexes sur l'entretien et la persistance de la cervicite.* C'est, en quelque sorte, la contre-partie de la proposition qui sert de texte à ce paragraphe.

3° **Impressions morbides sur le rectum et la vessie.**

A l'état d'évolution aiguë, nous venons de voir comment les lésions du col peuvent se diffuser en divers sens.

La même explication rend compte des zones de péri-entérite qui entourent parfois le rectum comme un croissant ou un anneau complet. Ce sont les ligaments utéro-sacrés et le tissu cellulaire adjacent qui sont pris. C'est la *paramétrite postérieure*.

La péritonite du cul-de-sac de Douglas, observée dans ces cas, affecte rarement une marche aiguë, à moins de rupture, dans la séreuse, d'une cavité purulente, ce qui est exceptionnel. On trouve plutôt des épaississements en plaques adhésives du péritoine, qui, se comportant là comme ailleurs, sous l'influence

d'une irritation sous-jacente, opposent ordinairement une barrière efficace à l'extension du mal.

La paramétrite antérieure vraie est plus rare ; il n'est pas exceptionnel cependant, dans les formes un peu profondes de métrite cervicale, de sentir, avec le doigt, comme une bande de tissu induré qui fait un relief transversal sur la face antérieure du segment sus-vaginal du col.

Les malades se plaignent souvent alors d'irritation vésicale, comme elles éprouvent de la gêne de la défécation dans la paramétrite postérieure.

Ces troubles divers sont bien sous la dépendance de la cervicite et nous les avons vus céder rapidement après la guérison de celle-ci.

4° Troubles par atrésie de l'orifice interne. — Rétention des sécrétions. — Hystéralgie.

Rares dans les inflammations compliquées de traumatisme, c'est-à-dire chez les multipares, ils se montrent assez fréquemment chez les autres femmes. L'atrésie qui les détermine n'intéresse qu'exceptionnellement l'orifice externe du museau de tanche. Elle porte sur l'orifice interne et elle est d'origine *mécanique* ou *spasmodique*.

Mécanique, elle reconnaît pour cause l'hyperplasie de la muqueuse qui forme, autour de l'orifice, un bourrelet plus ou moins saillant de végétations glandulaires ou kystiques, qui peuvent aller jusqu'à obturer la lumière du canal.

Le spasme est un élément inconstant et discontinu qui prend sa source dans la sensibilité spéciale de l'orifice interne, mise en jeu par l'inflammation qui siège à son niveau.

A ces deux éléments s'en joint souvent un troisième, déjà mentionné, résultat fréquent, lui aussi, de la cervicite ; c'est la *flexion* qui contribue, pour sa part, à l'occlusion mécanique du conduit utérin.

Les conséquences de l'obstruction du trajet cervical sont la *douleur* et la *rétention des sécrétions* au-dessus de l'obstacle. La *douleur* peut être nulle ou légère en cas d'atrésie mécani-

que simple, ou bien elle est provoquée seulement à l'occasion de l'afflux sanguin menstruel. Nous l'avons étudiée à titre de symptôme fonctionnel de la cervicite.

Mais parfois elle prend un tel caractère d'intensité qu'elle mérite le nom de *névralgie* utérine ou *hystéralgie*. Ces faits sont rares ; pourtant ils existent et ils réalisent une complication pénible quand la douleur arrive à un haut degré.

Elle est avivée surtout par la suraddition du spasme, et revient par accès, sous formes d'épreintes utérines ou même de ténesme permanent. C'est là l'explication de certaines formes de dysménorrhée douloureuse.

Rien, d'ailleurs, n'est plus capricieux que cette hystéralgie, et on le comprendra d'autant mieux qu'elle n'apparaît sous une forme intense que chez des sujets névropathes. Dès lors, le siège utérin d'une douleur qui pourrait s'observer en tout autre organe et qui, de fait, est sujette à des déplacements variés, devient un élément secondaire à côté de la cause génératrice de cette douleur qui réside dans *l'irritation spinale* propre aux hystériques.

Néanmoins il y a ceci de particulier, dans la *douleur utérine* de cet ordre, que d'abord elle siège sur un organe malade, *locus minoris resistentiæ* ; — qu'ensuite elle cède et disparaît avec un traitement approprié de cet organe.

En sorte que, retournant la proposition, on pourrait accepter non pas qu'il s'agit d'une manifestation douloureuse de l'hystérie, mais d'une exagération de la sensibilité de l'utérus malade par le fait de la névropathie.

Dans le traitement, nous insisterons sur la thérapeutique propre à ce genre de douleur. Pour l'instant, nous ne faisons que marquer le fait de l'existence de l'hystéralgie, caractérisée par l'excès et la forme paroxystique de la douleur coïncidant avec des lésions qui ne comportent pas habituellement une telle exagération de ce symptôme.

5° **Déformations, flexions permanentes.**

Passées à l'état chronique, les lésions pelviennes, *paramétrite* ou *périmétrite*, nous l'avons vu, sont sujettes à des récidives

fréquentes en rapport avec des poussées inflammatoires du côté du col.

La folliculite subaiguë, récidivante, occasionne les kystes qui pénètrent jusque dans le tissu musculaire, arrivent au contact des réseaux lymphatiques intra-musculaires et agissent un peu comme le traumatisme septique : ils déterminent de la paramétrite.

La paramétrite postérieure est fréquente, ce qui semble en rapport avec la prédominance de ces kystes, dus à la folliculite, dans le segment postéro-supérieure du col. Les ligaments *utéro-sacrés* sont intéressés dans cette localisation de la cellulite et l'on sait le rôle important que joue, dans certaines antéflexions, leur contracture prolongée (Schultze).

Pour bien comprendre cette influence, il faut ne pas oublier que la paroi cervicale postérieure est habituellement plus amincie que l'antérieure ; que la portion transversale des ligaments utéro-sacrés fait corps avec la musculature de la matrice et reçoit, aussi bien qu'elle, les impressions morbides parties de la muqueuse.

Il ne faut pas accorder cependant un rôle exclusif à la paramétrite postérieure dans l'antéflexion chronique.

Nous avons montré, en 1887, que la paramétrite antérieure, et surtout l'altération profonde que subit, au niveau de l'éperon de flexion, la paroi musculaire de l'utérus pénétrée par des follicules malades, amenaient d'abord une inflammation plastique de cette région et, à la longue, une atrophie réelle caractérisée par l'affaiblissement de la trame musculaire et des parois des vaisseaux, dans toute la portion sus-vaginale du col ou isthme ; d'où flexion et généralement *antéflexion*.

Mais si, avec ce processus, il existe des rétractions des ligaments de l'ovaire ou de la trompe ou des adhérences postérieures de ces organes, la flexion peut se faire en arrière : *rétroflexion*. — La cause première du renversement de la matrice (rétroversion) aura été la traction par les adhérences ; la cause de la flexion en arrière (rétroflexion) sera l'état pathologique de l'isthme.

6° Déviations. — Pointe de prolapsus. — Premier degré de la rétroversion.

Loin d'en vouloir faire l'histoire complète, nous désirons seulement indiquer le rôle important que joue l'inflammation du col, dans la production des déviations.

Les ligaments postérieurs relâchés, rendus atones par l'inflammation, s'allongent dans leur ensemble et maintiennent mal l'utérus rendu plus lourd déjà par la subinvolution ou le travail inflammatoire, d'où premier degré de prolapsus.

Les ligaments ronds et les ligaments utéro-sacrés n'exerçant plus leur action synergique pour le maintien de l'organe dans son axe normal, l'utérus se renverse en arrière. On a ainsi la déviation la plus fréquente, la rétroversion, compliquée ou non d'antéflexion ou de rétroflexion.

La nécessité d'amputer le col malade, chaque fois qu'on veut traiter radicalement une déviation utérine, tant soit peu sérieuse, est depuis longtemps démontrée et plaide en faveur de l'étiologie que nous signalons. Le retour de la déviation est fréquent si l'on a omis cette précaution opératoire.

D'autre part, l'ablation du col a quelquefois suffi à améliorer des degrés légers de prolapsus.

Enfin, les *déviations latérales* sont dues à la périmétrite ou *au raccourcissement des ligaments larges* rétractés par le travail inflammatoire parti du col.

TRAITEMENT DE LA CERVICITE.

Nous avons souligné, dans la pathologie du col utérin, ces trois termes : *inflammation*, *traumatisme*, *déformations*, qui s'observent tantôt séparément, tantôt en combinaison les uns avec les autres.

Le traitement devra donc viser le triple objectif suivant :

1° *modifier*, dans les processus récents, *détruire*, dans les processus invétérés, la muqueuse malade ;

2° réparer les lacérations ;

3° enfin, restituer au col la forme et les dimensions les plus favorables à son fonctionnement physiologique et à la statique utéro-pelvienne.

I. — Traitement de l'inflammation du col.

Quatre éléments sont toujours à considérer, quelle que soit la variété de la lésion à laquelle on s'adresse, et ils doivent toujours être présents à l'esprit du gynécologue.

Ce sont :

1° L'âge de la maladie (*récente* ou *ancienne*) ;

2° Le siège *superficiel* ou *profond* des lésions ;

3° La nature de la cause pathogène (gonocoque, — streptocoque,— staphylocoque), ce qui veut dire *blennorrhagique*, *puerpérale* ou *pyogénique banale*.

4° Le terrain sur lequel elle évolue : sujet de bonne constitution ou débile, névropathe ou non ; dans le stade puerpéral ou en dehors de lui.

Cervicite catarrhale superficielle.

Dans la *cervicite catarrhale* récente, l'épithélium seul est, ou paraît touché; en tout cas, la lésion reste superficielle et pénètre peu dans les glandes.

C'est la forme qui s'observe le plus souvent chez les jeunes filles ou les jeunes femmes nullipares à constitution lymphatique, chez lesquelles la congestion habituelle de la muqueuse et la débilité de ses éléments anatomiques ouvrent la porte à l'invasion des germes de l'infection banale. C'est aussi la forme qui appartient à la gonorrhée récente, isolée de tout autre élément infectieux.

Ici, l'existence de *l'ectropion* dépend de la conformation du col. Il n'existe pas si le col est congénitalement conique et l'orifice externe punctiforme ; il existe, au contraire, si le col est

congénitalement bilabié ou s'il a été déchiré par une fausse-couche ou un accouchement. Quelle que soit l'éventualité, il n'y a pas à s'occuper de l'ectropion en tant que déformation ; il disparaîtra avec la décongestion de la muqueuse.

Le traitement sera *local* et *général*.

Le traitement *local* visera la modification de la muqueuse dans sa partie visible (ectropion s'il existe), et dans sa partie invisible (endométrite du conduit cervical).

Il sera donc *extra* et *intra-cervical*.

Traitement extra-cervical : Avant la modification de la portion exposée de la muqueuse, le traitement consiste dans la réalisation de l'asepsie du vagin par le contact permanent d'antiseptiques appropriés ; sans cette précaution, le traitement de la lésion du col est illusoire.

La condition la plus favorable à la permanence de la cervicite dépend de ce que le col, qui pourrait à la rigueur se débarrasser de ses lésions par l'effet de l'effort naturel, se réinfecte constamment au contact de ses propres sécrétions accumulées dans le cul-de-sac vaginal postérieur, où baigne le museau de tanche. Il faut donc isoler le col et assainir le vagin.

Deux moyens répondent à cet objet :

1° Les injections *chaudes au sublimé*, à un titre variable, de 1 p. 1000 à 1 p. 4000, remplissent la première indication et exercent une action décongestive efficace. Nous ne conseillons guère les injections phéniquées ou boriquées qu'en cas de crainte d'intoxication et s'il y a des érosions étendues dans le vagin.

2° Les tampons chargés d'iodoforme ou faits avec de la gaze iodoformée agissent heureusement de plusieurs façons.

Ils soutiennent le col et, en le soulevant, facilitent la circulation en retour de la matrice.

En cas d'atrésie du conduit, par un bouchon de sécrétions épaisses, ou de gonflement extrême de la muqueuse, la glycérine produit une action dyalitique utile.

Associée, enfin, à une substance antiseptique, l'iodoforme de préférence, elle fait l'antisepsie locale désirable.

Il est des vagins qui tolèrent mal la glycérine et s'excorient très vite, surtout si l'on fait des injections au sublimé. Ici et

dans les cas où l'action spéciale de la glycérine n'est pas réclamée, on se trouvera très bien de la vaseline associée à l'iodoforme désodoré de diverses façons, par addition de camphre par exemple, comme dans la formule suivante :

Vaseline	30 gr.	
Iodoforme pulv	10 gr.	
Camphre pulv.	2 gr.	Dol.

S'il existe des phénomènes douloureux dus à une sensibilité particulière de la muqueuse du vagin ou du museau de tanche ; si, en outre, la muqueuse est délicate ; si la désinfection n'a pas lieu d'être immédiatement rigoureuse, nous recommandons le composé suivant :

Vaseline	30 gr.		
Salol Chloral	ââ	5 gr.	Dol.

Pour le traitement directement applicable à l'ectropion, lorsque la thérapeutique sus-indiquée ne suffit pas, ou pour aller plus vite, on peut user de topiques diffusibles en applications, tels que la créosote et nombre de substances balsamiques, même la teinture d'iode, combinées à la glycérine, de façon à ne point détruire par causticité les assises épithéliales sous-jacentes aux cellules sécrétantes.

Mais ces traitements sont rarement efficaces et surtout sont trop longs, à cause de l'obstacle apporté à leur action par les sécrétions. Il faut, au préalable, *sécher*, *absterger* la muqueuse et le meilleur moyen, on va le voir, est la *dilatation*.

Celle-ci est du reste un temps préparatoire nécessaire à toute intervention plus active, si elle est ultérieurement jugée nécessaire.

Toutefois l'éther iodoformé a 1/10 peut rendre de très grands services. (Voir p. 330.)

Un bourdonnet de coton imbibé d'éther iodoformé détermine une coagulation immédiate de la totalité du flot muqueux qui encombre le trajet utérin. Il suffit d'imprimer à l'extrémité du bâtonnet garni d'ouate un mouvement giratoire régulier pour entraîner la masse coagulée et en débarrasser entièrement le col.

L'action spéciale coagulante paraît due à l'éther qui a pour effet

accessoire d'amener une rétraction des parois cervicales qui favorise l'évacuation totale des cryptes muqueuses et des follicules les plus superficiels.

L'éther iodoformé est utilisé avec avantage, comme topique médicamenteux, en vue d'aseptiser les utérus affectés d'endométrite cervicale, au début de la période catarrhale. Il suffit d'introduire 3 ou 4 bourdonnets imbibés d'éther iodoformé et de les laisser en place quelques secondes dans la cavité cervicale une fois détergée. S'il existe de l'ectropion, on touche de même la muqueuse herniée. Cette pratique n'est pas douloureuse et n'a jamais occasionné d'accident.

Traitement intra-cervical : Le traitement *intra-cervical* doit être appliqué concurremment : il consiste surtout dans la *dilatation antiseptique* de la cavité et dans des *écouvillonnages légers*.

Ces moyens peuvent être employés dans le cabinet du gynécologue et n'entravent pas l'existence habituelle de la malade.

Nous avons indiqué ailleurs la technique de ces petites pratiques.

La *dilatation*, faite au moyen de laminaires d'abord, d'éponges préparées antiseptiquement ensuite et chargées d'iodoforme, assouplit le col, déplisse la muqueuse et l'étale en une surface unie, sur tous les points de laquelle se dépose l'iodoforme impalpable. La muqueuse est ainsi devenue accessible à l'action efficace des topiques modificateurs, c'est-à-dire antiseptiques.

La dilatation fait souvent disparaître les *névralgies utérines* rebelles, par une sorte de distension violente des tissus.

Après la dilatation cervicale, le doigt peut sentir les reliefs musculaires de l'arbre de vie, la muqueuse épaissie et veloutée ; mais il ne rencontre pas de semis de granulations, comme dans la forme parenchymateuse profonde, glandulaire.

L'*écouvillonnage*, pratiqué avec un instrument à crins souples, chargé de glycérine créosotée, permet au topique de pénétrer dans les moindres sillons et enlève les cellules malades et caduques.

Des *scarifications* légères, faites profondément dans le conduit, peuvent aider à la décongestion de la muqueuse ; mais c'est une pratique à laquelle nous avons rarement recours.

Ces états du col coïncident souvent avec la *stérilité* et celle-c

reconnaît pour cause soit l'exagération de la déformation conique avec étroitesse de l'orifice externe, soit l'atrésie ou l'obstruction de l'orifice interne par le gonflement de la muqueuse, soit une flexion exagérée, soit l'altération et l'abondance des sécrétions qui tuent le spermatozoïde ou ne lui permettent pas d'entrer.

Chaque cas particulier comportera une indication spéciale qu'on devra remplir tout en traitant le catarrhe.

La *conicité exagérée* sera corrigée au moyen d'une *stomatoplastie*, — amputation biconique ou à lambeaux inégaux — qui agrandira l'orifice du museau de tanche, en même temps qu'elle réduira la longueur du col.

Contre l'obstruction ou l'atrésie de l'orifice externe, on aura recours à la *discission*.

Enfin la dilatation en séries successives parvient souvent à corriger, d'une façon suffisante, l'antéflexion qui complique ces états du col et l'atrésie de l'orifice interne.

La dilatation préalable et la stomatoplastie ou la section bilatérale du col forment un traitement combiné qui est très fréquemment applicable.

Cervicite dermique profonde.

Dans l'*endocervicite dermique*, *interstitielle*, les moyens que nous venons d'indiquer sont généralement impuissants. L'inflammation n'intéresse plus seulement le revêtement épithélial de la surface ; mais elle a gagné les cellules sécrétantes. Les culs-de-sac glandulaires sont pris et leur inflammation ne va pas sans une certaine prolifération des éléments du derme, mais celle-ci est restée modérée.

On peut alors sentir avec le doigt, dans le col préalablement dilaté, le semis intra-cervical des petites granulations que forment celles des glandes atteintes, déjà hypertrophiées et légèrement kystiques, mobiles et dures, rappelant les granulations de la conjonctivite chronique.

La *dilatation artificielle* avec l'éponge développe bien l'ensemble de la muqueuse, efface ses replis et ouvre les excavations superficielles, mais non le fond des culs-de-sac enflammés. Les topiques ne peuvent pas davantage pénétrer le chorion muqueux.

Il faut recourir à des moyens plus énergiques.

Dans cette forme, comme dans la précédente, l'inflammation peut être *intra-cervicale* seulement ou, à la fois, *extra* et *intra-cervicale*, suivant qu'il n'y a pas ou qu'il y a ectropion.

Dans la première hypothèse, on aura recours :

1° à la dilatation répétée de la cavité cervicale ;

2° au hersage suivi du tamponnement prolongé et antiseptique.

La *dilatation répétée* et le *tamponnement antiseptique* peuvent suffire dans des cas récents ou de moyenne intensité. Presque toujours ils sont insuffisants, dans les formes anciennes, et ne peuvent que favoriser l'emploi des moyens de destruction de la muqueuse, ou au moins de son parenchyme.

C'est ici que le hersage, le curage tranchant et l'application de certains topiques trouvent leur indication.

Hersage (*Procédé de Doléris*). La herse est un scarificateur à lames parallèles multiples et tranchantes dont la longueur, de 3 à 4 millim., est calculée pour pénétrer jusqu'aux culs-de-sac glandulaires, sans aller guère plus loin que la muqueuse. Dans le col, préalablement dilaté *au maximum*, on la fait agir, comme une curette à boucle, sur toute la surface de la cavité cervicale, c'est-à-dire par des mouvements parallèles à l'axe du col. Les granulations kystiques les plus volumineuses sont ouvertes ainsi ; les plus petites sont dilacérées. La muqueuse est sillonnée de nombreuses incisions qui ne laissent entre elles qu'un très petit intervalle ; on peut alors, au moyen d'un écouvillon ou d'une petite curette *ad hoc*, enlever les débris muqueux *hachés* par la herse, puis on fait usage des lavages antiseptiques au sublimé.

Fig. 1.— Herse de Doléris.

Au commencement de l'opération, la pulpe du doigt rencontrait la disposition chagrinée de la muqueuse ; à la fin elle la retrouve lisse, unie. Un contrôle fréquent du doigt est utile pour juger du travail accompli. La créosote mélangée à la glycérine, dans la proportion d'un quart, achève merveilleusement le traitement. Pour faciliter cette action de la créosote, il faut

terminer par un tamponnement tassé dans le col, avec de la gaze iodoformée imprégnée de mélange créosoté et exprimée.

Nous pouvons répondre d'un certain nombre de guérisons durables, obtenues par ce traitement aussi simple que rapide.

Le curage tranchant et les scarifications au bistouri ont pour but d'agir de même, en détruisant les glandes ; mais le curage seul est beaucoup moins efficace, ne pouvant pénétrer assez profondément et le bistouri n'est point d'un usage approprié au but.

Les *caustiques violents* ou le *cautère* actuel, ne sont efficaces qu'à condition de détruire toutes les glandes malades.

Nous ne les signalons que pour mémoire. Leur action aveugle est hors de contrôle. Les eschares qu'ils déterminent, les scléroses et les atrésies qui en sont la conséquence éloignée, les accidents septicémiques dont ils ont été quelquefois le point de départ, etc., justifient bien l'ostracisme généralement porté contre eux aujourd'hui.

Il faut faire une exception en faveur de quelques topiques qui ne sont à la vérité que des caustiques légers, mais peu destructeurs, quoique pénétrants et diffusibles, mais surtout de puissants antiseptiques : tels sont les essences, les balsamiques et particulièrement la créosote, à laquelle nous donnons la préférence, après comparaison prolongée avec les autres agents.

Nous usons aussi parfois du naphtol camphré et de la glycérine iodée :

1 p. d'iode pour 2 p. de glycérine.

La cervicite invétérée, avec folliculites profondes et sclérose dermique totale, n'est déjà plus susceptible de guérir par les procédés qui viennent d'être décrits, si ce n'est temporairement.

Dans ces cas, l'ectropion est généralement rebelle : cela tient aux altérations profondes subies par la muqueuse plus exposée par contact à l'irritation chronique et aux processus plastiques. Il appartient à la même catégorie que l'ectropion cicatriciel et ses formes récidivantes.

Ces cas qui répondent aux anciennes dénominations d'ulcération *fongueuse*, *papillaire*, *folliculaire*, *polypeuse*, etc., doivent être traités par *l'abrasion de la muqueuse*.

Deux moyens nous ont donné des résultats divers :

1° l'ablation de la muqueuse au bistouri, suivie de la thermo-cautérisation légère de la surface cruentée.

2° la stomatoplastie.

1° Dans le premier procédé, on dissèque superficiellement, au bistouri, toute la muqueuse malade, jusqu'aux limites extérieures de l'ectropion, d'une part et, d'autre part, aussi profondément qu'on peut l'atteindre dans ce qui reste de la cavité cervicale. On promène ensuite légèrement la lame du thermo-cautère chauffée au rouge sombre, sur toute la surface avivée. Ce deuxième temps de l'opération assure d'abord l'hémostase. En second lieu, la rétraction cicatricielle que produit ultérieurement cette cautérisation, est modérée et sert à corriger l'éversion existante en fermant l'orifice externe. L'*ectropion* pathologique est définitivement remplacé par un tissu recouvert d'épithélium pavimenteux dans lequel tout vestige de glandes pouvant donner lieu à des kystes, a disparu.

Si l'on a eu soin de n'agir que très superficiellement aux abords de la cavité cervicale, on n'a pas à redouter pour plus tard les atrésies que déterminent les caustiques chimiques violents. Néanmoins nous sommes très réservé sur cette méthode et n'en conseillons l'emploi que dans les cas rares où la muqueuse est très bourgeonnante et l'orifice utérin largement béant.

Nous limitant à ces quelques cas, nous avons eu des résultats remarquables, tant au point de vue de la forme du col, que de la guérison des lésions. Elle n'est d'ailleurs recommandable qu'en raison de sa simplicité.

2° La *stomatoplastie* est en quelque sorte une réduction de l'amputation à lambeaux inégaux que nous décrirons plus loin.

S'il existe des *polypes muqueux*, on les saisit avec une pince et on les enlève par torsion. Il est nécessaire de dilater préalablement la cavité du col, afin de pouvoir aborder et détruire les petits polypes en miniature qui accompagnent les premiers.

Les gros polypes sont rarement seuls dans ce genre de lésion.

Cervicite interstitielle chronique. — Cervicite scléro-kystique.

La forme *interstitielle chronique*, *cervicite scléro-kystique*, est une étape plus avancée du processus de l'endométrite cervicale ; le

travail inflammatoire a épaissi les parois glandulaires, hypertrophié les gaines des vaisseaux et pénétré le tissu conjonctif disséminé dans la paroi musculaire du col. De plus, souvent l'ectropion muqueux de la variété précédente est converti en une cicatrice épaisse faite d'épithélium pavimenteux. Car ces formes appartiennent presque exclusivement aux cols qui ont été cautérisés.

C'est dans ces formes, souvent très douloureuses, qu'on trouve de gros kystes à parois résistantes, à contenu épais, perdus dans une gangue de tissu scléreux. Ils siègent quelquefois très haut, près de l'orifice interne, ou plus souvent, très en dehors de la cavité cervicale, extériorisés qu'ils sont par l'éversion et l'ectropion plus ou moins marqués, qu'on retrouve toujours dans ces cas.

Il y a, dans quelques formes rares, des kystes énormes à parois minces, à contenu glaireux, filant, logés dans l'épaisseur du tissu musculaire.

Le traitement en est palliatif ou curatif.

Palliatif, il consiste à ponctionner et à vider isolément les gros kystes superficiels et à en cautériser la cavité. L'affaissement de ces petites tumeurs produit une détente et diminue, ou supprime pour un temps, les douleurs parfois très vives, locales et irradiées, que provoque leur présence.

Cette thérapeutique est très décevante pour la malade, et éternise les lésions.

Le traitement curatif est réalisé par l'ablation de la muqueuse.

J'emploie la lame courbe ci-contre pour l'ouverture des kystes peu accessibles autrement.

Fig. 2. — Lame courbe ou serpette de Doléris.

Enfin, la *myométrite*, existant à un degré limité autour des vaisseaux et des glandes, et coïncidant toujours avec les lésions précédentes, est, quand elle prédomine, un degré de plus de l'affection, à laquelle aboutissent les formes très anciennes. C'est la sclérose

péri-vasculaire et péri-glandulaire devenue diffuse. La syphilis y prédispose tout particulièrement. Cette sclérose est même un mode de guérison spontanée relative. Il peut arriver que le travail hyperplasique, qui envahit le squelette musculaire du col, parvienne, en même temps, à étouffer, à détruire complètement les éléments glandulaires dégénérés. Les kystes ont fini par se vider spontanément ou par s'atrophier, et le col est transformé en un moignon dur, fibreux, donnant, sous le bistouri qui l'entame, la sensation du cartilage.

C'est ce qu'on peut observer, après la ménopause, chez des femmes qui n'ont pas été soignées.

Chez celles qui ont subi de fréquentes cautérisations ignées, la myométrite avec cette forme scléreuse est rarement indolente, surtout s'il reste quelque kyste emprisonné dans cette gangue indurée.

Elle est justiciable aussi de l'amputation.

II. **Traitement des traumatismes.**

La question de la réparation du traumatisme du col se pose à diverses époques : au moment où il se produit, c'est-à-dire immédiatement après l'accouchement ; — pendant la grossesse ; — enfin lorsqu'il est ancien.

a) *Au moment où le traumatisme se produit*, les indications varient avec son étendue.

Une simple petite déchirure latérale peut être négligée. Pourvu que l'accouchement soit aseptique, on est en droit d'en attendre la réunion primitive et spontanée.

En cas de déchirure profonde, remontant à la limite ou au-dessus des culs-de-sac vaginaux, l'indication de la réparation immédiate, pour n'être que bien rarement remplie, n'en est pas moins fort nette. En effet, une telle lacération comporte ordinairement une hémorrhagie actuelle considérable dont le traitement le plus logique et le plus efficace sera la suture. En outre, alors même que le milieu est aseptique, il ne faut pas compter sur une réparation spontanée intégrale. La muqueuse intra-cervicale, mise à

nu par l'écartement des lèvres, sera, plus tard, d'autant plus exposée aux causes d'inflammation et, à ce point de vue, on ne peut que se rallier à l'opinion d'Emmet.

Enfin, une déchirure profonde, surtout bilatérale, même en dehors de toute inflammation, peut inspirer des craintes sur la déformation consécutive de l'utérus, les troubles de statique qui peuvent en résulter et la possibilité de conduire à terme une grossesse ultérieure.

A ce moment, l'opération est facile, il n'y a pas d'avivement à faire ; le col est accessible, le vagin largement ouvert, l'anesthésie inutile, et l'instrumentation sera réduite au minimum. Rien n'est plus aisé que de rapprocher les deux surfaces cruentées, au moyen d'une pince érigne, ou d'une pince à dissection et de les réunir par deux ou trois points de suture au catgut.

La question de la *trachélorraphie*, dans ces cas, est, du reste, de tous points comparable à celle de la périnéorrhaphie, et la plupart des chirurgiens sont ralliés aujourd'hui à la périnéorrhaphie immédiate.

Il est inutile d'ajouter que le défaut d'asepsie, au moment de l'accouchement, est une indication de plus de l'opération immédiate, qui sera faite avec toutes les précautions antiseptiques possibles.

b). *Pendant la grossesse.* — La question de l'intervention est plus discutée. Autrefois, toute opération chirurgicale portant sur la sphère génitale, et même en dehors de celle-ci, était assez régulièrement suivie de l'avortement. Cet accident, imputable à la fièvre, c'est-à-dire à la septicémie plus ou moins atténuée qui suivait les opérations avant la pratique de l'antisepsie, plutôt qu'au traumatisme chirurgical lui-même, n'est guère plus à redouter aujourd'hui, et l'objection a bien perdu de sa force. On ne compte plus les opérations pratiquées avec succès et sans interruption de la grossesse, non seulement sur les organes génitaux externes, mais à travers le péritoine, sur le corps même de l'utérus et sur ses annexes, myomotomies, ovariotomies, etc.

Il est de prudence élémentaire, sans doute, de ne pas choisir le moment de la grossesse pour réparer un traumatisme du col, s'il n'y a pas une nécessité urgente à le faire. Mais ce trauma-

tisme lui-même peut être une cause d'avortement, et la grossesse devient alors une indication opératoire au lieu d'être une contre-indication.

C'est au chirurgien d'apprécier consciencieusement les données de la question.

Par exception, on peut, et on doit même opérer les cas extrêmes, si on est en droit de craindre pour la conduite à terme d'une grossesse.

La trachélorrhaphie sera faite de préférence dans les trois premiers mois, alors que le col possède encore une longueur et une rigidité suffisantes.

Je l'ai pratiquée avec succès. (V. p. 353.)

c) *Traumatisme ancien.* — Là aussi la question de l'opportunité et du mode opératoire se présente sous diverses faces.

Faut-il réparer le traumatisme ancien non compliqué d'inflammation ?

En pratique, les malades ne consultent pas le gynécologue pour ces cas ; lorsqu'elles s'adressent à lui, il y a toujours autre chose avec le traumatisme : déviation ou métrite.

Emmet veut qu'on opère parce qu'il voit dans le traumatisme la cause de la cervicite. Or Gusserow, après Sims, dans la stérilité, et quelques auteurs américains, dans les antéflexions, ont conseillé hardiment la discission bilatérale du col jusqu'au voisinage de l'orifice interne. Nous avons vu, chez des opérées de Gusserow, un vaste ectropion cicatriciel double consécutif à cette opération faite contre la stérilité et qui ne provoquait ni douleurs, ni sécrétions, ni formation de glandes kystiques.

Lorque l'*inflammation* est venue se joindre au traumatisme, on doit opérer. Deux procédés se trouvent alors en présence : la trachélorrhaphie d'Emmet et l'abrasion de toute la muqueuse par la méthode de Schröder.

Le choix dépendra, dans chaque cas particulier, de l'étendue et du degré de l'inflammation, bien plus que de la lacération. La cervicite concomitante est-elle *à son début*, c'est-à-dire susceptible, de par la forme épithéliale récente, de céder à l'emploi des petits moyens que nous avons indiqués ? il faudra la guérir d'abord. On n'aura plus alors qu'à réparer le traumatisme, *uni* ou *bilatéral* et à

refermer le col, en conservant toutefois à l'orifice des dimensions favorables à une conception nouvelle, c'est-à-dire en laissant à la femme le bénéfice de sa primiparité. Le procédé d'Emmet est, dans ces cas, le plus logique et le plus facile à exécuter.

Mais si l'endométrite est ancienne, elle est profonde et généralisée, il y a des kystes dans toute l'étendue de la muqueuse et ils peuvent être recouverts par une épidermisation plus ou moins épaisse. La simple réparation du traumatisme ne fera que masquer la lésion la plus fâcheuse, l'endocervicite, sans la guérir.

C'est, dans les cas de ce genre, à l'abrasion complète de la muqueuse qu'il faut recourir, d'après la méthode de Schröder, en lui combinant, comme nous avons l'habitude de le faire, le large avivement et les sutures latérales d'Emmet.

Ce procédé permet d'enlever tout le mal, de réparer le traumatisme, de donner à l'orifice les dimensions et la forme qu'il convient et de réduire en même temps les dimensions souvent exagérées, en pareils cas, du segment vaginal du col.

Les indications de ce mode opératoire se présentent, du reste, infiniment plus souvent que celles de la trachélorrhaphie simple.

III. — Traitement des déformations.

Les déformations, en dehors du traumatisme, se résument en trois mots : *conicité*, *flexion*, *allongement*, le plus souvent associés.

La *conicité* forme, avec l'antéflexion et l'inflammation, la trilogie caractéristique de la métrite cervicale des nullipares. Nous avons vu que le traitement doit être dirigé contre chacun de ces trois éléments :

Des séries répétées de dilatation contre la flexion ;

Le hersage, le curage, les topiques antiseptiques, contre l'endométrite ;

La stomatoplastie ou la section bilatérale, contre la conicité.

Lorsque l'allongement est considérable, on peut combiner la stomatoplastie, c'est-à-dire la modification de la forme du museau de tanche avec l'amputation biconique de Simon.

L'hypertrophie du segment vaginal du col seul est le résulta

de la métrite glandulo-kystique invétérée. Nous avons vu qu'elle est justiciable de l'opération de Schröder. Elle peut être aussi sous la dépendance de l'inflammation des annexes.

Les allongements de la portion sus-vaginale sont plutôt atrophiques et peuvent coïncider avec l'hypertrophie de la portion vaginale. Ils sont parfois considérables. Ils sont l'aboutissant d'un trouble trophique dépendant lui-même souvent d'une déviation : prolapsus, rétroversion.

La première indication est de remédier, autant que possible, à la cause dont ils dépendent. Quant au traitement direct, il se résume dans l'amputation.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Nous ne nous arrêterons pas sur l'emploi des moyens thérapeutiques à diriger contre l'endométrite catarrhale. Un bâtonnet quelconque, l'hystéromètre autour duquel on enroule un peu d'ouate hydrophile, un écouvillon souple, sont les meilleurs instruments pour déterger la muqueuse intra-cervicale et y faire pénétrer les topiques liquides que nous avons énumérés.

Nous rejetons absolument l'usage des caustiques escharifiants, y compris le crayon de nitrate d'argent.

Dilatation. — La dilatation, appliquée à la thérapeutique du col, doit être progressive et lente. Nous la pratiquons au moyen de tiges de laminaire d'abord ; d'éponges préparées, ensuite. On connaît les tentes de laminaire du commerce, tournées et lisses, arrondies à une extrémité, munies, à l'autre bout, d'une soie destinée à en faciliter le retrait et dont l'utilité est fort contestable. On les laisse plonger, quelques instants avant de s'en servir, ou mieux, on les conserve dans de l'éther iodoformé au 1/10.

Pour les introduire dans la cavité cervicale, la femme étant dans la position dorso-sacrée, on fait d'abord un lavage soigneux

du vagin avec une solution de sublimé. Une valve de Sims ou de Simon abaisse le périnée et une pince est fixée sur la lèvre antérieure du col. Après s'être assuré, avec le cathéter, de la direction de la cavité utérine, on introduit doucement la tente montée sur une pince à pansement droite ou courbe.

Nous l'enduisons d'axonge au sublimé qui, mieux que la vaseline, en facilite le glissement.

Elle est poussée, jusqu'à ce que son extrémité affleure l'orifice externe du col, sans pénétrer au delà. Il peut arriver, si on l'introduit trop haut, qu'après sa dilatation, elle soit enclavée dans la cavité cervicale et qu'il soit nécessaire d'inciser le museau de tanche pour la retirer.

On tamponne ensuite le vagin avec de la gaze ou de l'ouate chargées d'iodoforme.

La dilatation de la tige est complète au bout de 6 à 12 h., suivant son calibre ; mais il n'y a nul inconvénient à la laisser en place pendant 24 heures. On la remplace alors par une tige de calibre plus fort, puis par une éponge préparée antiseptiquement, immergée aussi dans de l'éther iodoformé et séchée par évaporation de l'éther.

Cette dilatation est progressivement continuée pendant une durée plus ou moins longue, suivant le but qu'on se propose. Lorsqu'on vient de retirer la tente dilatatrice, il faut, avant de la remplacer, bien absterger le col, le laver au sublimé et y faire des embrocations de glycérine créosotée.

Ce traitement, répété à plusieurs reprises, aidé au besoin d'écouvillonnages légers, suffit à guérir des cervicites légères.

Hersage. — Le plus souvent, il faut associer le hersage à la dilatation qui n'en est alors que le temps préparatoire.

On peut, à la rigueur, faire le hersage sans anesthésie, mais il est bien préférable de recourir au chloroforme, d'autant plus que cette opération doit toujours être précédée du curage dirigé contre l'endométrite du corps, habituellement coexistante.

Tous les soins préparatoires sont pris comme pour le curage, et on exécute d'abord celui-ci ; puis, on promène franchement la herse, tenue comme la curette, sur tout le pourtour de la cavité cervicale, d'un orifice à l'autre. On abrase, avec une petite curette

tranchante, les débris de la muqueuse ainsi hachée. On explore avec le doigt la surface du conduit et si l'on sent encore quelques granulations, on herse de nouveau. On se sert ainsi successivement de la herse et de la curette jusqu'à ce qu'on se soit bien assuré qu'il n'existe plus de follicules glandulaires saillants et durs.

Il s'écoule toujours un peu plus de sang que lors du simple curetage ; mais l'hémorrhagie n'est jamais bien considérable et s'arrête bientôt sous l'influence du tamponnement.

Tamponnement et drainage. — On le fait au moyen d'une bande de gaze iodoformée, imprégnée de glycérine créosotée au 1/3 ou au 1/4 et soigneusement étanchée.

Au moyen d'une pince, on en porte l'extrémité jusqu'au fond de l'utérus, puis on en tamponne la cavité du col, en la repliant sur elle-même. On complète le pansement par des tampons vaginaux chargés d'iodoforme.

Discission du col. — Elle comporte plusieurs degrés. On n'a besoin parfois que d'un simple *débridement* de l'orifice externe ; celui-ci est obtenu au moyen d'un coup de ciseaux donné à droite et à gauche et ne remontant pas au delà de 1 centimètre. L'hémorrhagie n'est jamais bien considérable. On l'arrête en touchant les surfaces de l'incision avec un petit tampon imprégné de perchlorure de fer ou d'acide phénique en solution très forte, ou encore avec la lame du thermocautère.

C'est en somme le premier temps de l'opération de Schröder (Voir fig. 6, p. 308, que l'on complète en écornant, d'un coup de ciseaux, chacun des quatre angles saillants des lèvres divisées.

La *section bilatérale complète* du col est une opération plus sérieuse. L'incision se fait au bistouri, aux ciseaux ordinaires ou avec ceux de Küchenmeister et remonte jusqu'aux culs-de sac du vagin.

Comme on est exposé à sectionner quelque branche artérielle, certains opérateurs pratiquent la ligature préalable et temporaire des utérines. Nous croyons cette précaution inutile avec le procédé de suture que nous avons l'habitude d'employer. Nous faisons une suture continue au catgut, commençant au sommet de l'angle d'incision et ourlant, en quelque sorte, de haut en

bas, chacune des quatre surfaces cruentées. L'hémostase est ainsi rapidement obtenue et la réunion se fait isolément pour chaque lèvre de la section.

Cette large ouverture du col, outre son utilité contre certaines formes de stérilité, permet d'aborder les gros kystes profonds et de les ouvrir au moyen d'instruments appropriés, la petite serpette par exemple dont je recommande l'usage.

Amputation du col. — On la pratiquait autrefois, comme Lisfranc, en bloc au moyen de l'écraseur ; puis à l'anse galvanique ou au thermocautère.

Sims et Hégar se servent du bistouri et suturent l'une à l'autre

Fig. 3.

Fig. 4.

les deux muqueuses (fig. 3). Ces procédés laissent des moignons cylindriques informes.

Il est préférable d'exciser sur chaque lèvre isolément un coin plus ou moins volumineux de tissu et de suturer ensuite les deux lambeaux. Suivant que la muqueuse sera saine ou malade, on pourra adopter le procédé à lambeaux égaux de Simon et de Martin, fig. 17, p. 314, ou celui de Schröder, fig. 15 et 16, p. 313.

Enfin, dans les cas d'allongement considérable de l'isthme, on fera la haute amputation sus-vaginale du col (fig. 4).

Ces opérations diverses visent surtout l'ablation de la muqueuse malade qui est le siège exclusif des processus récidivants.

Technique de l'ablation plastique du col.

Amputation du col à lambeaux inégaux.

Cette opération est bien préférable à l'amputation biconique ou à lambeaux égaux pratiquée par Simon et décrite par Marckwald. Elle permet d'enlever la muqueuse jusqu'aux limites du mal et de restituer au col sa forme normale. Elle trouve également son indication bien plus souvent que la trachélorrhaphie d'Emmet puisqu'elle corrige le traumatisme en même temps qu'elle guérit la cervicite.

Voici de quelle manière nous avons l'habitude de la pratiquer :

Prenons un cas type de cervicite glandulaire chronique, avec lacération bilatérale, éversion des deux lèvres et ectropion épidermisé ou non, tel qu'il est représenté dans la figure 5.

Fig. 5.

La malade, préalablement soumise, pendant une semaine, au traitement antiseptique des injections de sublimé et des tam-

pons iodoformés, est endormie et placée dans la position dorso-sacrée sur la table opératoire.

La vulve est savonnée, rasée, nettoyée au sublimé, de même que le vagin. Un aide, placé de chaque côté, maintient les jambes et les cuisses fléchies sous son bras, de manière à conserver les deux mains libres.

Une valve de Simon abaisse le périnée, et une pince fixée sur la lèvre antérieure, attire et maintient le col.

L'irrigation continue se fait au moyen d'une valve de Fritsch placée sur le pubis (1).

L'opération est toujours précédée d'un curage et d'un écouvillonnage soigneux de la cavité du corps.

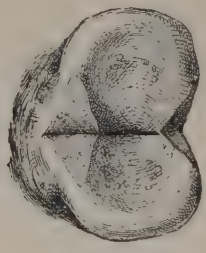


Fig. 6.

D'un coup de forts ciseaux, on sectionne, jusqu'à l'insertion du vagin, la commissure gauche du col, d'abord, puis la commissure droite. Les deux lèvres s'écartent alors largement, laissant voir toute la cavité cervicale (fig. 6).

Fig. 7.

(1) On verra plus loin, p. 332, que j'ai imaginé un appareil beaucoup plus commode dont je me sers, depuis plusieurs années, pour pratiquer l'irrigation continue pendant les opérations plastiques.

Une première incision au bistouri, perpendiculaire à l'axe du col, est dirigée de gauche à droite, suivant A B C (fig. 7) et doit pénétrer jusqu'au tissu musculaire, c'est-à-dire jusqu'au delà de la limite profonde des glandes kystiques.

Une deuxième incision A D C partant du même point A, suit le bord libre de la lèvre, encadrant toute la partie à enlever de la muqueuse cervicale, et vient rejoindre à gauche, le premier tracé au point C.

On dissèque alors et on enlève toute la portion ainsi circonscrite. On peut, avec des ciseaux courbes, régulariser les bords de la section, exciser des débris de parois kystiques, jusqu'à ce qu'on soit bien sûr que la surface cruentée ne repose que sur le tissu sain.

La fig. 8 représente le champ opératoire à ce moment.

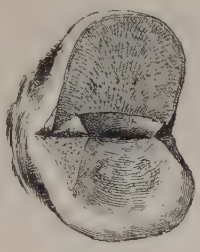


Fig. 8.

Les sutures se font au catgut préparé antiseptiquement. La durée de la résorption est suffisante pour garantir la réunion parfaite ; et on n'a pas à s'inquiéter du retrait ultérieur des fils, qui est parfois rendu fort difficile à cause des opérations plastiques qu'on peut être appelé à pratiquer simultanément sur le vagin et le périnée, lorsqu'on se sert de soie ou de crin.

Ces sutures se posent au moyen d'une aiguille courbe, montée sur un porte-aiguille, de la manière suivante :

L'aiguille saisit d'abord le petit lambeau profond, sort au tiers supérieur du grand lambeau (fig. 9), pénètre de nouveau au niveau du tiers supérieur de la surface avivée du grand lambeau et ressort à quelques millimètres du bord libre de la lèvre, sur sa surface vaginale. Trois fils ainsi disposés suffisent généralement à assu-

rer l'affrontement des surfaces. On peut en placer davantage si les dimensions des lambeaux l'exigent ou si l'on désire faire un orifice externe largement ouvert.

Fig. 9.

On serre alors les sutures en ayant soin de rabattre, d'ourler en quelque sorte le lambeau externe de manière à ce que sa surface vaginale fasse *entropion* dans la nouvelle cavité cervicale (fig. 10).

Fig. 10.

On procède exactement de la même manière pour la deuxième lèvre. On peut commencer indifféremment par la lèvre antérieure ou la lèvre postérieure ; mais il y a plus de facilité à commencer par cette dernière.

La figure 11 donne l'aspect du col à ce temps de l'opération.

Le rapprochement des lambeaux ainsi fait, laisse, sur les parties latérales, de petits reliefs AB, BC, CB' B'A', qui rendraient difficile l'affrontement des incisions latérales et qui parfois recèlent des glandes malades ou des clous de sclérose.

On les abat à coups de ciseaux. Les fils placés déjà servent à attirer le col du côté opposé, et il est facile de placer 3 ou 4 points

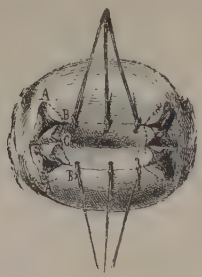


Fig. 11.

de suture sur chaque incision latérale, comme on le pratique dans l'opération d'Emmet et comme on le voit dans la fig. 12.

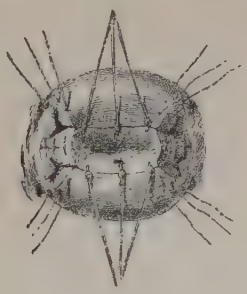


Fig. 12.

On n'a plus qu'à sectionner la totalité des fils et le col est reformé, revêtu partout de la muqueuse saine à épithélium pavimen-

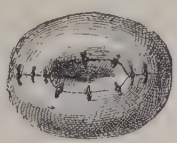


Fig. 13.

teux et avec un orifice de dimensions physiologiques (fig. 13).

Au lieu de points séparés, on peut faire une suture continue

en surjet (fig. 14). Ce procédé, plus rapide peut-être, assure très bien l'affrontement et l'entropion du lambeau extérieur.

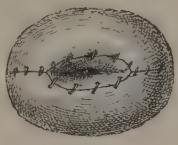


Fig. 14.

Les dangers de l'opération sont nuls si on va vite et si on est propre.

L'hémorrhagie est cependant quelquefois assez considérable, en cas de sclérose artérielle. Pour y obvier, on a indiqué plusieurs moyens d'hémostase préventive : constriction élastique du col au-dessus d'une aiguille le traversant dans toute l'épaisseur de sa base ; ligature provisoire des artères utérines au moyen d'une aiguille courbe profondément passée d'avant en arrière au-dessus des culs-de-sac latéraux, etc.

Ces moyens sont superflus ; avec un peu d'habitude, l'opération peut être faite en 10 ou 15 minutes ; avec l'irrigation continue chaude, une traction légère exercée sur les fils déjà placés et surtout la rapidité dans le placement de ceux-ci, on n'a jamais à craindre de perte de sang bien considérable. On peut, du reste, placer provisoirement une pince hémostatique, si, comme il arrive quelquefois, on divise par la section latérale, une artère un peu volumineuse.

L'opération est un peu délicate et requiert une certaine expérience ; elle devient même fort difficile, lorsque le col est très peu abaissable, le vagin profond et la vulve étroite.

Quant à ses résultats, ils sont parfaits ; elle remplit tous les desiderata du traitement de la cervicite : guérison de la muqueuse malade par sa suppression ; réparation des déformations et des traumatismes ; enfin, réfection de l'orifice et des aptitudes physiologiques normales du col.

Telle est l'opération *régulière*.

Les incisions peuvent être modifiées suivant le siège et l'étendue des lésions, suivant la direction et l'étendue des traumatis-

mes. Après avoir tracé les incisions et disséqué le lambeau régulier de muqueuse, on s'assure, avec le doigt, de l'état de la surface avivée ; si l'on constate la présence, dans les tissus restants, de noyaux fibreux, de petits kystes intra-musculaires profonds, on les enlève au bistouri, ou aux ciseaux ; il faut quelquefois évider profondément le sommet de l'angle des incisions latérales, lorsque le tissu inodulaire remonte au-dessus du vagin. On fait alors une opération *irrégulière* mais souverainement efficace, tandis qu'à défaut de cette précaution, on peut, avec une opération régulière, laisser une lésion profonde qui en compromettra le résultat.

Il nous est même arrivé, dans un cas de lacération profonde de la lèvre antérieure, avec déformation considérable du col occasionnée par une première opération insuffisante, de pratiquer la discission verticale, c'est-à-dire que les deux premières incisions, en place d'être commissurales, ont porté sur le milieu des deux lèvres devenues ainsi latérales, au lieu d'être antérieure et postérieure. L'excision de la muqueuse, la taille et la suture des lambeaux latéraux ont été conduites ensuite comme dans l'opération régulière.

Fig. 15.

Fig. 16.

Méthode de Schrœder.

L'excision conique de Simon s'exécute de la même manière et ne diffère que par la plus grande étendue donnée aux incisions latérales d'abord, puis au fragment excisé. Mais nous ne la pra-

tiquons jamais ; l'amputation de Schröder réalisant beaucoup mieux le but qu'on se propose, puisqu'elle permet d'enlever toute la muqueuse malade, tandis que l'excision conique porte surtout sur le tissu musculaire sain. Les figures 15 et 16 permettent de comparer le résultat d'ensemble de l'excision profonde de la muqueuse par la méthode de Schröder avec l'excision conique de Simon réalisée dans les figures 17 et 18.

Fig. 17.

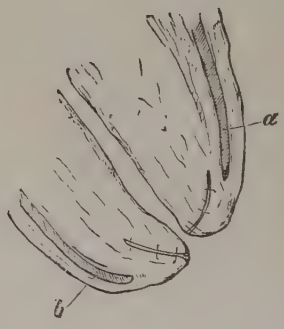


Fig. 18.

Méthode de Simon.

Le traitement consécutif est le même pour ces diverses opérations. Il consiste à tamponner le vagin avec de la gaze iodoformée ; le pansement est renouvelé tous les 2 ou 3 jours pendant une semaine ; puis il est remplacé par des injections au sublimé.

La malade peut se lever du 10e au 12e jour.

Les pansements ne doivent être abandonnés qu'autant que tout est complètement cicatrisé.

Si quelque point cruenté persiste, il suffit de les toucher avec de la glycérine iodée à 2/10. Ce même traitement topique tarira l'hypersécrétion catarrhale qui persiste pendant quelques semaines après l'opération.

Les rapports sexuels ne doivent être permis qu'autant que tout est rentré dans l'état normal ; d'ordinaire six semaines après l'opération.

Le repos sera recommandé pendant les premières règles qui suivront l'intervention ; elles seront parfois abondantes et douloureuses en raison de la tension des cicatrices récentes.

OPÉRATIONS PLASTIQUES

CONTRE LA CONICITÉ DU COL ET L'ATRÉSIE DE L'ORIFICE EXTERNE

(Stomatoplastie contre la stérilité)

L'opération de Schröder n'est pas toujours dirigée contre la cervicite avec ectropion. On peut avoir à l'exécuter dans ses lignes générales contre une malformation du col qui nuit à la fécondation.

Cette question mérite quelques éclaircissements.

Pour la généralité des gynécologues, la forme conique d'un col terminé par un orifice étroit, souvent punctiforme est un obstacle à la fécondation. Tantôt l'orifice siège à l'extrémité du cône cervical, tantôt la conicité dépend de l'allongement de la lèvre antérieure et l'orifice siège sur le versant postérieur ; c'est une fausse conicité ; les figures ci-jointes montrent bien cette disposition.

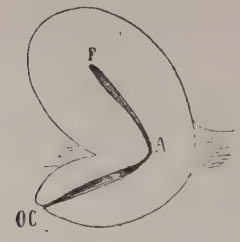


Fig. 1. — Utérus antéfléchi avec col conique vrai. (Doléris).

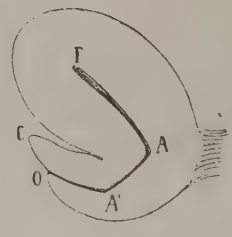


Fig. 2. — Utérus antéfléchi avec conicité tapiroïde du col. (Doléris).

Quant à l'étroitesse de l'orifice externe, elle est parfois congénitale et parfois elle est la conséquence de l'épaississement et de la rétraction de la muqueuse qui borde cet orifice ; c'est une sorte d'entropion du revêtement vaginal du col, celui-ci, dans l'espèce se trouvant amené dans la cavité cervicale par suite de l'épidermisation de la partie terminale de la muqueuse interne du col (fig. C). Quoi qu'il en soit, l'orifice est parfois si étroit qu'il est difficile à découvrir et que c'est à peine si on le franchit avec un stylet fin.

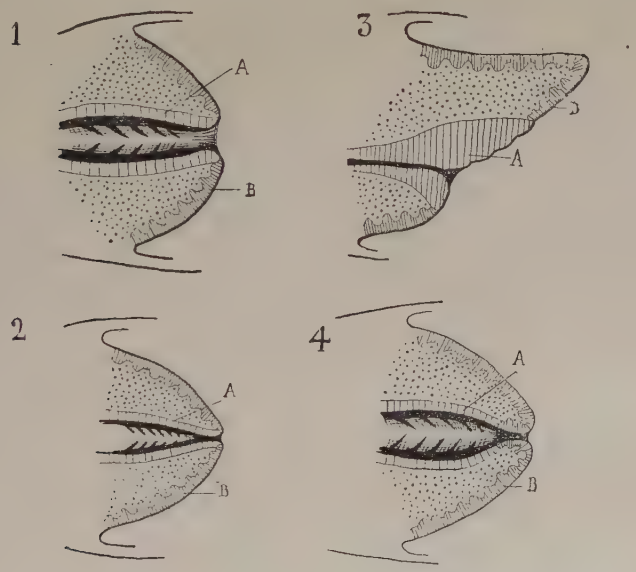


Fig. 3. (Schématique).

A. — Epithélium cylindrique intra-cervical.
B. — Epithélium pavimenteux.

(1) Col normal de nullipare.
(2) Col conique vrai. — L'épithélium pavimenteux et l'épithélium cylindrique gardent leurs rapports normaux.
(3) Col tapiroïde ou faux-conique, avec ectropion. — L'épithélium cylindrique s'est avancé au dehors et l'épithélium pavimenteux a été repoussé.
(4) Col entropionné et sténosé à forme conique.— L'épithélium pavimenteux a pénétré à l'intérieur de la cavité cervicale.

Il est raisonnable de penser qu'en de telles conditions la pénétration du sperme dans l'utérus est fort difficile.

On a bien objecté que si le spermatozoïde trouve le chemin de la trompe dont la lumière admet à peine un crin de cheval, il ne peut être embarrassé pour franchir le conduit cervical.

Mais si l'on peut admettre, en effet, que la question des dimensions de l'orifice soit indifférente dans l'espèce, on ne peut accepter de même que la disposition de cet orifice ne joue pas un rôle capital.

Une fois, effectivement, que les spermatozoïdes ont pénétré dans la cavité utérine, leur progression vers l'orifice tubaire devient une nécessité et rien n'est plus facile à comprendre ; ils doivent fatalement aboutir au sinus infundibuliforme qui précède l'*ostium uterinum* et là, soit par capillarité, soit par action des cils vibratiles, leur transport dans la trompe est assuré.

Mais les conditions sont toutes différentes lorsqu'il s'agit du col : le liquide fécondant, déposé sur les parois ou les culs-de-sac du vagin, n'est point conduit naturellement vers l'orifice cervical. Sa pénétration dans cet orifice devient même affaire de pur

Fig. 4. (Très chématique).— Coupe sagittale du vagin normal.

hasard, en supposant que le col soit bien conformé et que le vagin possède la disposition et la tonicité musculaires qui conviennent. S'il s'agit d'une vierge, les culs-de-sac du vagin sont peu accentués, le col est court et le vagin étroit ; le trajet du sperme est assuré d'autant et son contact avec l'orifice cervical semble aisé, bien que les dimensions de l'orifice soient minimes ; mais cette condition défavorable est rachetée par la disposition du vagin et le défaut presque complet des culs-de-sac.

S'il s'agit d'une femme qui a eu déjà des enfants, le vagin, il est vrai, est ample, les culs-de-sac profonds et le col peut être plus développé ; mais, en revanche, l'orifice cervical a des dimensions et une forme incomparablement plus aptes à la pénétration du liquide fécondant, que celles du col virginal.

Qu'il s'agisse enfin d'une nullipare affectée de l'ensemble symptomatique plus ou moins complet de la métrite du col, nous trouvons réunis les désavantages signalés chez la vierge et chez la multipare : d'une part, vagin ample et culs-de-sac profonds, d'autre part, col allongé et orifice étroit, avec cette circonstance aggravante qu'il s'y ajoute un état assez habituel de catarrhe folliculaire ou même d'inflammation, et de l'allongement conique.

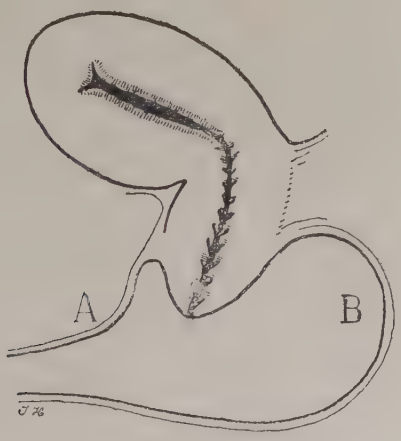


Fig. 5. (Schématique). — Utérus antéfléchi avec col conique, atrésie de l'orifice externe — en A, cystocèle, en B, large colpocèle postérieure profonde.

Il en résulte que, non seulement le sperme projeté dans les culs-de-sac trouvera difficilement sa voie pour retourner vers l'orifice du col, mais encore que l'accès lui en sera rendu plus difficile par l'hypersécrétion morbide.

En un mot, l'objection citée plus haut ne peut tenir longtemps devant le raisonnement et l'examen des faits. De l'utérus où il a pu pénétrer, le sperme tombe presque fatalement dans la trompe ; tandis que, du vagin où il est déposé, il remonte difficilement vers le sommet du col.

Au surplus, la question n'est pas tranchée par ce seul fait que l'accès du col est facile ou non au spermatozoïde ; il reste à décider s'il n'existe point d'autre obstacle au delà de l'orifice externe et la clinique montre que l'état morbide est toujours complexe. La conicité ne doit jamais exister seule ; elle est à peu près toujours unie à un état pathologique de la muqueuse cervicale et à la flexion. Aussi, à ce point de vue spécial de la stérilité, la question de transformation plastique du col ne réalise-t-elle pas un acte thérapeutique suffisant ; on doit, au contraire, s'attaquer toujours aux autres lésions coexistantes, en même temps qu'on restitue au col une forme favorable à son bon fonctionnement.

Cet exposé justifie la modification anaplastique de la forme du col et en même temps l'agrandissement de son orifice externe. C'est, à proprement parler, la *stomatoplastie.*

Technique.

Elle diffère fort peu de l'amputation typique de Schröder.

Voici les modifications qu'elle comporte :

Avantages de la dilatation préalable :

S'il est toujours très utile de procéder à la dilatation lente au moyen de la laminaire, avant de pratiquer une opération plastique sur le col, dans le cas particulier, je la considère comme indispensable. Outre qu'elle atténue la sensibilité de l'orifice interne, qu'elle diminue l'antéflexion si fréquente en pareil cas, elle a l'avantage d'assouplir singulièrement les tissus et de donner plus d'ampleur aux surfaces sur lesquelles devront porter l'avivement et les sutures. Le procédé consiste à dilater, pendant

3 ou 4 jours, le trajet cervical, de façon à arriver à pouvoir introduire le petit doigt. La cavité utérine est largement irriguée et désinfectée ; après quoi, on laisse la malade au repos pendant 3 jours, de façon à permettre aux parois cervicales distendues et amincies de se tasser et de se reconstituer en partie.

Avivement.

Il est rendu certainement plus difficile qu'à l'ordinaire par la dilatatation préalable. La souplesse excessive des tissus oblige l'opérateur à se livrer à une dissection patiente du lambeau ; de plus l'hémorrhagie est un peu plus abondante.

Toute la différence consiste ici à n'abraser qu'une faible partie de la muqueuse intracervicale, de manière à ne point amener la muqueuse vaginale en *entropion* dans le col. Il faut que, grâce à la laminaire et à la brièveté du lambeau externe de chaque lèvre, la ligne d'affrontement dessine pour ainsi dire le contour même de l'orifice cervical sans qu'il y ait ectropion ni entropion. Il faut en outre que le nombre des sutures appliquées à la partie libre de chaque lèvre soit plus considérable que d'ordinaire, de façon à assurer une fente elliptique aussi large que possible pour l'ouverture du col.

Enfin, il importe de faire concourir à ce même résultat la façon dont on traitera les sections commissurales. Celles-ci doivent être rapprochées par un point unique placé assez loin de l'extrémité du museau de tanche de façon à laisser persister une encoche minime de chaque côté.

Par ces divers moyens, on aura fait en quelque sorte un col qui doit se rapprocher beaucoup, par sa forme, de celui d'une femme qui aurait fait un accouchement avec une légère effraction bilatérale. La béance de l'orifice externe est certainement beaucoup mieux assurée, par ce fait que le liseré muqueux intra-cervical forme le bord saillant de l'orifice externe et se laisse voir à l'examen au spéculum.

Une telle pratique pourrait être critiquée quand il s'agit de traiter un ectropion ancien, car ici la nécessité d'abraser tous les tissus morbides est dominante ; de plus, la béance du trajet cervical et de l'orifice externe est telle qu'un léger degré d'en-

tropion est indifférent au point de vue de la fécondation. Et cependant cet entropion a suffi dans bien des cas, lorsqu'il s'est trouvé démesuré, à amener un certain degré d'atrésie de l'orifice externe.

De quelque façon qu'on l'envisage, la stomatoplastie est de beaucoup supérieure dans ses résultats à toutes les méthodes de discission du col.

TECHNIQUE DE L'OPÉRATION D'EMMET

Trachélorrhaphie

Etendue de la lacération. — Que l'on ait affaire à une lacération unilatérale (fig. 1) ou à une lacération bilatérale (fig. 2), le procédé est le même. L'objectif est de rapprocher les lèvres du col divisées et de reconstituer le trajet cervical. Préalablement à l'opération, il est nécessaire de s'assurer de l'étendue en profondeur de la lacération ou, mieux, de l'étendue des tissus cicatriciels.

Fig. 1. — Lacération unilatérale.

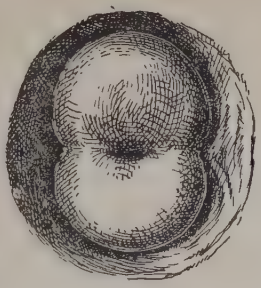


Fig. 2. — Lacération bilatérale.

Examen. — Si on examine un col unilacéré, on s'aperçoit vite par le froncement des tissus, par l'irrégularité des plis circulaires du vagin qui prennent un aspect stellaire au niveau de l'angle de coaptation (comme dans la figure 1), qu'il existe une perte de substance apparente, figurée par une encoche.

Du côté opposé, au contraire, le rebord commissural est net ou à peu près, uni, et, si l'on mesure comparativement la longueur des deux bords latéraux du museau de tanche, on constate une différence notable entre le côté sain et le côté déchiré. Celui-ci a quelquefois disparu en totalité, et le sinus de l'angle cicatriciel

du tissu cervical rétracté se confond avec la paroi du vagin (fig. 3).

Mais cette constatation ne suffit pas ; il importe de pouvoir apprécier l'état des parois latérales de l'isthme et leur épaisseur comparative. La dilatation du col au moyen des laminaires et de l'éponge préparée peut seule fournir une indication exacte ; en effet, dès que l'ampliation de la cavité cervicale et l'assouplissement des tissus, obtenus par la dilatation, permettent l'introduction du doigt, il devient facile de se rendre compte de l'épaisseur de la paroi saisie entre l'index dans le col et le pouce dans le cul-de-sac latéral, pendant que l'utérus est abaissé au moyen de pinces. S'il existe une réparation vicieuse de la paroi latérale de l'isthme correspondant à la déchirure du museau de tanche, la minceur de cette paroi indiquera que la déchirure produite au moment de l'accouchement se prolongeait plus ou moins loin au-dessus de la portion vaginale.

L'indication opératoire comportera donc un avivement de même étendue et l'application de sutures supra-vaginales.

Il est donc de toute nécessité de ne se point fier à l'apparence extérieure, d'autant plus que souvent un noyau scléreux cicatriciel d'une certaine épaisseur, bourré de nodules kystiques et siégeant à l'angle de la lacération (fig. 3) masque l'étendue de celle-ci et semble indiquer à tort le point terminus du traumatisme.

Dans les cas de lacération bilatérale, il est rare que la déchirure dépasse le vagin, et cela se conçoit d'ailleurs, l'effraction brusque mais limitée des deux commissures ayant agrandi l'orifice dans les mêmes proportions que la déchirure démesurée d'une seule eût pu le faire. Néanmoins l'examen, après dilatation, reste le criterium de sécurité.

Je répète pour mémoire que, dans la pratique, il est préférable de procéder, dans les cas de déchirure du col, comme s'il s'agissait d'une cervicite chronique simple ; la technique précédemment exposée qui comporte la section profonde des deux commissures cervicales assure un avivement suffisant et une reconstitution parfaite de la paroi de l'isthme, grâce aux sutures latérales que l'on peut porter aussi profondément que l'on veut, dans les culs-de-sac latéraux.

En outre, l'opération de Schrœder assure l'ablation de la muqueuse malade.

Quoiqu'il en soit voici les détails de la technique de l'opération d'Emmet :

Technique.

La malade est endormie, la vulve rasée.

Le vagin préalablement désinfecté pendant plusieurs jours, est savonné, brossé et largement irrigué ; le col utérin, dilaté les jours précédents, est désinfecté rapidement ; chacune des lèvres est saisie entre les mors d'une pince tire-balle et le museau de tanche est attiré vers la vulve distendue par des valves (fig. 3).

Lacération unilatérale.

Avivement.—Le col étant attiré vers le côté opposé à la lésion, l'angle de la déchirure apparaît à découvert. De deux choses

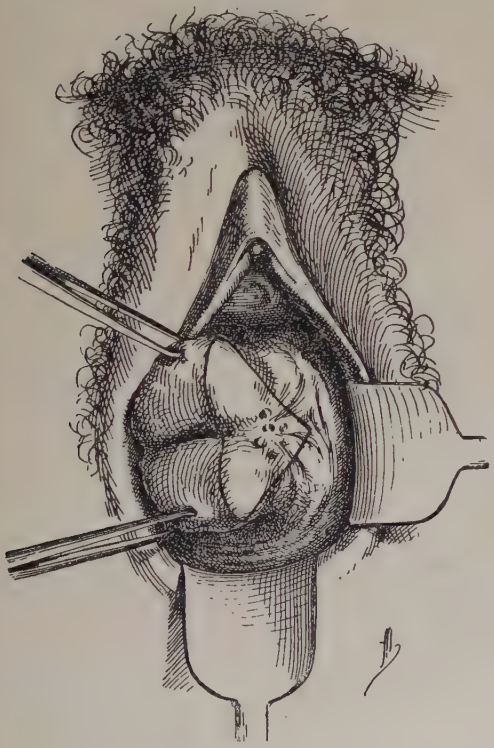


Fig. 3

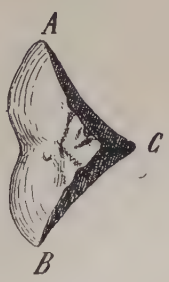


Fig. 4.

l'une : ou bien il s'agit d'une lacération qui ne dépasse pas le vagin, et, dans ce cas, deux coups de ciseaux courbes, un sur l'extrémité de chacun des deux bords de la déchirure se réunissant à l'angle même de la déchirure suffisent à pratiquer un avivement convenable. Ou bien il s'agit d'une déchirure profonde terminée par un nodule cicatriciel pénétrant dans les tissus de l'isthme et, dans ce cas, le bistouri est préférable.

Le bistouri dessine une première incision verticale allant du coin saillant de la lèvre antérieure divisée, au coin saillant de la lèvre postérieure (fig. 5, ligne A, B, et fig. 3). De chaque extrémité de cette incision deux incisions allant vers le cul-de-sac vaginal viennent se réunir au delà du tissu cicatriciel (fig. 3).

La pointe du bistouri doit être enfoncée assez profondément pour que toutes les portions scléreuses et kystiques de la cicatrice soient comprises dans l'avivement. La figure 4 rend bien compte de la forme irrégulièrement pyramidale du tronçon ainsi excisé.

Fig. 5.

S'il restait encore quelques clous fibreux ou quelques glandes kystiques dans la profondeur, il est indispensable de les sculpter avec la pointe du bistouri, jusqu'à ce qu'on obtienne une surface avivée parfaitement souple et rosée.

Lacération bilatérale.

S'il s'agit d'une lacération double, l'incision verticale interne longe exactement l'orifice du canal utérin (ligne A. B. fig. 5) ; l'incision externe suit le contour externe de la déchirure (fig. 6). On obtient ainsi une surface réniforme (fig.6) dont le hile regarde l'orifice. La même opération est pratiquée sur les deux commissures.

Sutures. — Elles sont pratiquées au moyen d'aiguilles courbes en hameçon, munies d'un fil de catgut n° 2. La figure 6 montre le placement de ces sutures. Elles doivent être serrées suffisamment pour affronter exactement les surfaces avivées sans cependant étrangler les tissus. Trois ou quatre points suffisent généralement.

Ce n'est que dans le cas de déchirures très profondes qu'il sera nécessaire d'appliquer un plus grand nombre de sutures. Dans ce dernier cas encore, il faudra parfois débrider la paroi vaginale au moyen de quelques coups de pointes de ciseaux, en réséquer même une partie de manière à libérer et à mobiliser largement la portion sus-vaginale du col ; on obtiendra ainsi la reconstitution parfaite de l'isthme et du museau de tanche.

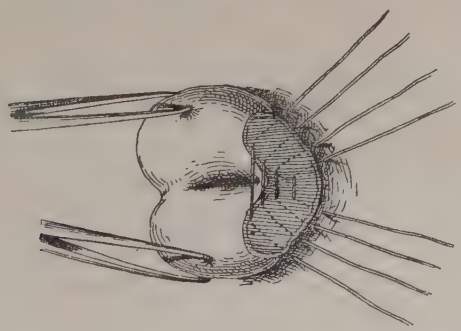


Fig. 6.

J'insiste tout particulièrement sur l'emploi du catgut qui a le mérite de suffire au maintien des parties affrontées pendant toute la durée de la cicatrisation, qui ne coupe pas les tissus, et qui n'exige pas l'ablation des points de suture.

Il n'en est pas de même quand on emploie la soie, le crin de

Florence et les fils d'argent. Les tissus sont souvent sectionnés, le retrait des fils susceptibles d'avoir pénétré dans les tissus n'est pas toujours aisé, surtout si on a pratiqué une opération sur le vagin ou le périnée, et leur oubli peut avoir les plus graves conséquences au moment d'un accouchement ultérieur.

Ces différentes manœuvres se feront sous le courant d'eau de l'irrigation continue. Elles sont aisées, grâce à l'abaissement du col ; l'hémorragie n'est point à redouter, et se jugule rapidement par le fait même de l'application des sutures.

Une précaution indispensable consiste à conduire l'avivement de façon à laisser un orifice externe et un trajet cervical suffisamment larges.

Soins et pansements consécutifs.

Ce sont les mêmes que pour l'opération de Schrœder.

Malgré toute l'attention que l'opérateur y apportera, il arrivera presque toujours que le museau de tanche ainsi reconstitué affectera une longueur et une forme qui ne sont pas idéalement favorables à la fécondation.

La figure 7 montre l'aspect de l'organe après le placement des sutures.

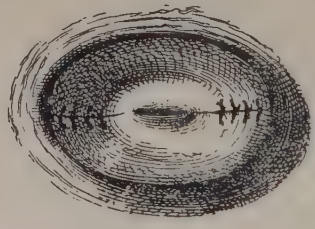


Fig. 7.

C'est la principale critique qu'il y ait à faire du procédé.

Quant à celle qui lui impute la négligence des lésions intracervicales elle est non moins réelle. Tout au plus peut-on s'en garer en scarifiant profondément, au moyen de la herse, la muqueuse cervicale ectropionnée. Encore aura-t-on toujours à redouter le retour de productions kystiques dans l'intérieur du canal cervical.

Néanmoins, la trachélorraphie prudemment exécutée, lorsqu'elle porte sur des cols récemment déchirés et qui ne sont point affectés de lésions d'endocervicite, n'empêche pas la fécondation. Un bon nombre de cas de grossesse consécutive ont été rapportés. J'en ai observé moi-même chez quelques-unes de mes opérées.

Je dois signaler enfin la possibilité d'une nouvelle déchirure lors du premier accouchement consécutif à l'opération.

ACTION DE L'ÉTHER IODOFORMÉ SUR LE MUCUS UTÉRIN

Son emploi dans l'endocervicite au début.

J'appelle l'attention sur un tout petit fait gynécologique, mais néanmoins d'un certain intérêt pratique ; il s'agit de l'action spéciale de l'éther iodoformé sur les sécrétions cervicales de l'utérus.

Tous savent combien parfois est adhérent et abondant ce mucus dans certains cols enflammés ou affectés de catarrhe, et quelle difficulté on éprouve à en débarrasser la cavité du cervix en vue d'une exploration et d'une médication topique qui réclament l'asepsie préalable de l'organe.

Les agents employés à cet effet sont très nombreux et tous défectueux. Dernièrement on vantait les solutions bi-boratées.

J'ai essayé différentes substances. Le perchlorure de fer, en solution, coagule parfois assez bien le mucus cervical et en facilite l'abstersion, mais son action est imparfaite.

J'ai, par hasard, dans un premier cas de catharre profluent du col, introduit un bourdonnet d'ouate imbibé d'éther iodoformé en solution concentrée, [1 gr. pour 10 gr.] et j'ai observé une coagulation immédiate de la totalité du flot muqueux qui encombrait le trajet utérin. Il a suffi d'imprimer à l'extrémité du bâtonnet garni d'ouate, un mouvement giratoire régulier pour entraîner la masse coagulée et en débarrasser entièrement le col.

L'action spéciale coagulante paraît due à l'éther. Il a pour effet accessoire d'amener une réaction des parois cervicales qui favorise l'évacuation totale des cryptes muqueuses et des follicules les plus superficiels. Des expériences subséquentes m'ont montré que l'effet s'obtenait d'une façon régulière.

Cette première donnée m'a conduit à utiliser l'éther iodoformé comme topique médicamenteux en vue d'aseptiser les utérus affectés d'endométrite cervicale. A la vérité, cette action ne peut être efficace que dans les cas qu'il faut préciser : les catarrhes

au début et les infections post-puerpérales récentes. J'ai traité aussi les infections persistantes à la suite de l'accouchement dans les premières semaines des suites de couches. Dans cette période, la muqueuse est encore étalée, spongieuse, souple, très pénétrable, et l'éther iodoformé doit entraîner, par sa rapide diffusion, dans la profondeur des replis muqueux du col, des particules iodoformiques capables de détruire les agents pathogènes. J'institue des expériences de laboratoire sur l'action bactéricide de l'éther.

Les premiers résultats cliniques me paraissent encourageants. J'ai procédé par introduction successive des bourdonnets imbibés, au nombre de trois, quatre, environ, que je laisse quelques secondes dans la cavité cervicale une fois détergée. — Un pansement à la gaze par-dessus. S'il existe de l'ectropion, on touche de même la muqueuse herniée.

Cette pratique n'est pas douloureuse. Elle a été jusqu'ici sans danger. J'ai même pénétré dans la cavité du corps de l'utérus, sans provoquer de souffrances. Toutefois, je crois qu'il faut être prudent, en ceci, car la vaporisation rapide de l'éther, dans cette cavité, pourrait amener des douleurs ou des spasmes réflexes qu'il faut éviter.

Je prie mes collègues de répéter mes tentatives, en se limitant aux formes récentes de l'endocervicite. Il est bien certain que des cols chroniquement enflammés, scléreux, épaissis et infiltrés de kystes folliculaires à parois épaisses seraient fort peu impressionnés par une semblable médication.

Tout au plus pourrait-elle être efficace à la suite d'une large dilatation, obtenue par les tentes et l'éponge préparée, qui mettrait la muqueuse dans une condition à peu près analogue à celle des suites de couches.

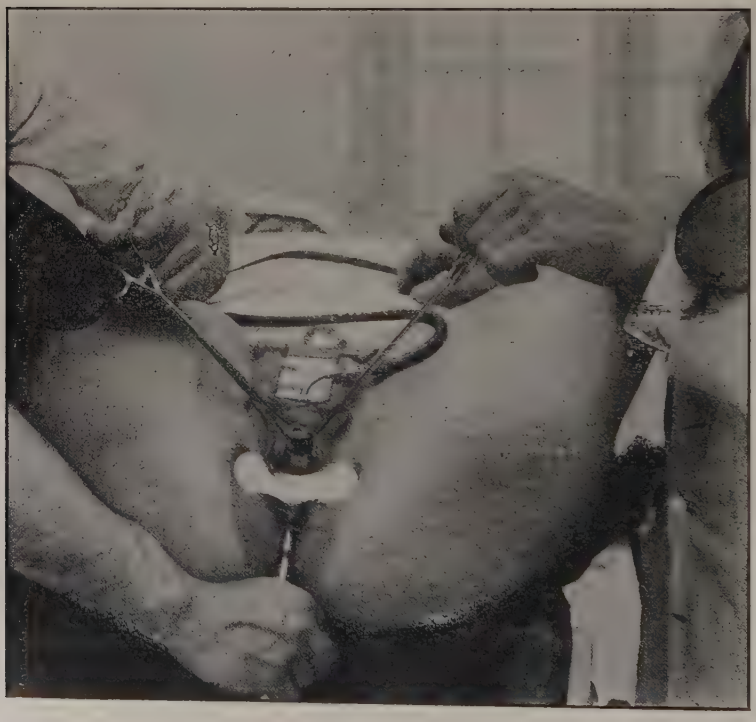
APPAREIL A IRRIGATION CONTINUE

pour les opérations plastiques

Cet appareil destiné à l'exécution aseptique des opérations sur le périnée, la vulve, le vagin et le col utérin, diffère des valves à manche, de fabrication étrangère, dont le maintien exige la main d'un aide.

En outre ces valves s'adaptent difficilement à tous les sujets ; le plus ou moins de saillie de la symphyse pubienne, de proéminence du pénil suffisent à en rendre le placement difficile.

L'appareil ci-dessous, fabriqué par Collin, s'adapte également



bien à tous les sujets : il se fixe automatiquement et n'a nullement besoin d'être maintenu par un aide.

Il se compose : 1° d'une sorte de tablier métallique formé de pièces articulées en queue d'écrevisse.

2° D'un conduit terminé supérieurement par un téton où s'adapte le tube en caoutchouc d'un vase à irrigation muni d'un robinet. Ce conduit se termine inférieurement en une sorte de rampe creuse horizontale à trous filiformes, qui constitue le bord inférieur de l'appareil.

C'est par cette rampe que se distribue, sous forme d'une nappe qui ruisselle continuellement sur le champ opératoire, le liquide aseptique, eau bouillie, eau boriquée.

L'opérateur n'a pas à s'inquiéter du sang qui est emporté par le courant d'eau ; les tampons et les éponges deviennent inutiles; on voit clair en dessinant les lignes d'avivement, et le bistouri chemine sous la nappe d'eau sans qu'un contact infectieux puisse se produire. Il en est de même pendant l'application des sutures. Si le liquide est porté à une température suffisante, 45° ou 50°, il contribue à l'hémostase. J'attribue à l'emploi de ce procédé les succès constants que j'ai obtenus dans les opérations plastiques très nombreuses que j'ai pratiquées.

INFLUENCE DES OPÉRATIONS PLASTIQUES PRATIQUEES SUR LE COL UTÉRIN

sur la conception, la grossesse et l'accouchement.

La gynécologie a montré d'une façon incontestable les heureux effets des opérations plastiques substituées aux pratiques anciennes, cautérisations répétées avec des acides caustiques, action du cautère actuel, etc.

La suppression des cicatrices fibreuses rétractiles qui succèdent à ces pratiques et de l'atrésie qui en est la conséquence, constitue le principal bénéfice des interventions nettes par le bistouri et de l'affrontement des parties cruentées au moyen de sutures. Avec la réunion par première intention, on évite la suppuration et les réparations secondaires, on abrège les suites opératoires et on simplifie le traitement. Le résultat le plus important, pour l'avenir physiologique de l'organe, est la conservation de la forme du canal utérin, de sa perméabilité, de la souplesse et de l'élasticité de ses parois, sans dommage d'ailleurs pour la tonicité et la contractilité de son appareil musculaire.

Ce simple énoncé suffirait à faire prévoir les conclusions que l'on peut tirer de la pratique gynécologique que j'ai adoptée dès le premier jour, et que la plupart des chirurgiens défendent avec conviction :

1° Au point de vue de la fécondation, facilité de la pénétration des éléments fécondants dans le col et de leur cheminement dans le trajet utérin.

2° Au point de vue de la grossesse, nulle action nuisible, puisque l'appareil sphinctérien n'a pas été intéressé, ou qu'il ne l'a été que dans un but de consolidation.

3° Au point de vue de l'accouchement, nul obstacle, puisque les tissus exactement avivés et réunis primitivement offrent toute la

souplesse désirable pour que l'effacement et la dilatation du segment cervical s'accomplissent régulièrement.

Ces considérations s'appliquent avant tout à l'opération de Schröder, c'est-à-dire à l'amputation plastique du col et à ses dérivés.

Je me suis prononcé en connaissance de cause sur l'opération d'Emmet en déclarant qu'elle était loin de réaliser les mêmes bénéfices, et qu'au contraire elle ne pouvait être considérée comme une amélioration des conditions physiologiques du col.

La démonstration des avantages de l'opération de Schröder, exécutée dans des conditions de technique rigoureuse, se tire aisément des statistiques établies par quatre de mes élèves : M. le Dr Ducasse, *Thèse de Paris*, 1889 ; M. le Dr Isaac, *Thèse de Paris*, 1892 ; M. le Dr Lefèvre, *Thèse de Paris*, 1898, et M. le Dr Bernheim, *Thèse de Paris*, 1899. Dans ces statistiques sont relevés les cas de ma pratique personnelle depuis 1889.

Dans le premier de ces travaux, Ducasse établit les résultats de la trachélorrhaphie (opération d'Emmet). Sur 43 observations de grossesse et d'accouchement consécutifs à l'opération, 37 femmes ont eu une grossesse normale et un accouchement satisfaisant, 9 ont avorté ; — dans 2 cas, il a fallu recourir à la dilatation artificielle au cours du travail.

La conclusion principale du travail de Ducasse, qui repose sur les observations, traduit exactement une opinion que j'ai affirmée autrefois à plusieurs reprises, accentuée ensuite dans les différents mémoires qui précèdent. « L'opération d'Emmet est une bonne opération. L'indication en est limitée aux déchirures du col mal cicatrisées ne s'accompagnant pas de lésions anatomiques de la muqueuse ; *si une lésion de la muqueuse existe, il est préférable d'employer l'opération de Schröder.* »

Et Bernheim résume plus positivement encore mon sentiment sur la valeur comparative de la trachélorrhaphie et de l'opération de Schröder, en faisant ressortir la supériorité de cette dernière et en concluant : « L'opération de Schröder répond à toutes les indications d'une bonne et utile intervention. Elle rétablit la plastique du col. Elle supprime un milieu infecté (culs-de-sac glandulaires) et les tissus scléreux. Elle répare les déchirures. »

Je n'ai pas besoin d'insister davantage. On voit assez les rai-

sons qui dictent mes préférences, et qu'en considérant l'objectif physiologique, j'ai résumées récemment dans cette sorte d'aphorisme critique : *la trachélorrhaphie rétablit le col conique, qui est une conformation mauvaise pour la conception, et, au point de vue de la parturition, elle fait des cols de primipares âgées, en conservant des tissus scléreux et résistants à la dilatation.*

Je reviens maintenant au procédé de Schröder.

Il ne peut être question ici que des opérations *plastiques* exécutées sur le museau de tanche ; l'amputation haute par la méthode d'Huguier ou une méthode analogue se trouve donc éliminée. Mais, afin qu'il n'y ait pas de confusion, je tiens à rappeler que cette intervention doit être réservée pour des cas spéciaux tels que néoplasmes, kystes, etc.

Il est facile de comprendre, en effet, que l'amputation haute (supra-vaginale, sus-vaginale ou biconique), en enlevant une portion notable de l'utérus, détruit les conditions de statique de cet organe, ainsi que l'a fort bien exposé le docteur Bossi, de Gênes. En outre, elle donne naissance dans le col, au fond du vagin et même dans une partie du parametrium, à un tissu inodulaire qui gêne le fonctionnement musculaire et la circulation ; et, en cas d'accouchement, elle remplace par un anneau rigide un col qui eût été souple et dilatable ; enfin, le tissu fibreux s'étend, dans quelques cas, jusqu'au corps utérin et par suite gêne, pendant la grossesse, le développement du segment inférieur : d'où la facilité d'avortement ou d'accouchement prématuré.

L'amputation haute étant mise tout à fait à part et la trachélorrhaphie éliminée comme défectueuse et limitée dans ses indications, il ne reste plus qu'à examiner de près les avantages et les inconvénients de l'opération de Schröder.

Au point de vue obstétrical, voici les trois principaux griefs énoncés contre les opérations pratiquées sur le col :

empêcher la conception ;

donner lieu à l'avortement ou à l'accouchement prématuré ;

constituer, au moment de l'accouchement, une cause de dystocie par rigidité du tissu cervical.

Ces critiques ne peuvent guère s'appliquer à l'opération de Schröder et nous verrons qu'elle en est innocente lorsqu'elle est rationnellement pratiquée.

1° Il est manifestement inexact de dire que l'opération de Schröder empêche la conception : aussi se contente-t-on généralement de dire qu'elle ne l'assure pas. Mais quelle intervention thérapeutique assure toujours tous les résultats cherchés ? Ce qu'on peut affirmer, c'est qu'on voit de nombreux cas de stérilité céder à la réfection plastique du col et des cas plus nombreux dans lesquels, après une ou deux gestations, des femmes restées stériles pendant des années du fait de lésions invétérées du col, redeviennent enceintes après l'acte opératoire.

2° Est-il vrai de dire que le Schröder favorise l'avortement ou l'accouchement prématuré ?

Il convient d'abord de faire une simple remarque (qui ne peut d'ailleurs être prise comme argument) : c'est qu'en général les malades qui avortent dans ces conditions n'auraient même pas conçu si l'opération n'avait été pratiquée. Ensuite on ne voit pas comment une opération sur l'extrémité vaginale du col peut provoquer l'avortement, puisqu'il est de notion banale que l'effacement du col ne commence qu'au début du travail ; on ne peut donc incriminer le manque d'étoffe pour le développement du segment inférieur ; ce reproche doit être réservé à l'amputation haute. Il faut reconnaître enfin que la plupart des femmes qui ont subi un Schröder mènent leur grossesse jusqu'au bout ; les unes ont pris parfois quelques précautions, mais d'autres, négligentes ou obligées par leur position sociale de se fatiguer et de vaquer à leurs occupations jusqu'aux derniers jours de leur grossesse, accouchent malgré tout d'un fœtus à terme ou près du terme.

3° L'abrasion de la muqueuse cervicale peut-elle enfin constituer un obstacle à l'accouchement ?

Ici la réponse est plus facile encore et plus nette, car elle découle de l'observation directe des faits.

Chez nombre de femmes que j'avais opérées moi-même, j'ai assisté ou mes aides ont assisté à la dilatation du col et j'ai pu constater que la durée de cette période et les efforts faits par la parturiente n'étaient pas plus considérables que dans la moyenne des autres accouchements. D'ailleurs, afin d'examiner de plus près les critiques faites à l'opération de Schröder, passons en revue les observations avancées contre elle :

M. Pinard, comme prélude à la discussion ouverte le 3 mars 1899 devant la Société d'Ostétrique et de Gynécologie, rapporte le cas d'une multipare chez laquelle une opération a été pratiquée sur le col utérin. La portion vaginale du col manquait et trois nodosités fibreuses cicatricielles s'étaient développées autour de trois points de suture au crin de Florence abandonnés dans les tissus. Grossesse de 7 mois. Accouchement prématuré. Présentation du siège. Travail prolongé. Extraction pénible après craniotomie. Mort de la femme par rupture de l'isthme utérin au-dessus du col rigide.

Je répéterai à propos de cette observation ce que j'ai dit lorsque M. Pinard l'a présentée devant la Société de Gynécologie :

« A l'examen de la pièce, d'après la situation occupée par les sutures très exactement placées sur le bord gauche du col et très haut dans le cul-de-sac latéral correspondant du vagin, il est aisé de voir qu'on a pratiqué une opération, vraisemblablement pour une déchirure unilatérale du col utérin. On peut déjà relever une première faute dans l'oubli volontaire ou involontaire de trois fils rigides, de substance peu ou point résorbable (crins de Florence), qui ont donné lieu à des épaississements scléreux et résistants dans toute cette zone devenue inextensible au moment de l'accouchement. Une suture bien faite, sur des tissus aseptisés, eût laissé l'anneau cervical souple, extensible et parfaitement apte à une dilatation régulière, comme j'ai eu occasion de l'observer plusieurs fois. Une deuxième erreur de technique, toujours d'après l'examen de la pièce qui porte une déchirure sus-vaginale, exactement du même côté et au-dessus de la zone résistante, paraît révélée par ce fait que la suture a été très incomplètement faite sur la partie latérale du col, qui était lacéré, non seulement dans sa portion vaginale, mais aussi dans sa portion sus-vaginale. Cette dernière partie, inaccessible à l'œil, a été, comme il arrive souvent, négligée par le chirurgien. On sait que les lacérations latérales du col s'étendent parfois très haut dans l'isthme utérin. A ce niveau, la réparation spontanée n'est qu'apparente. Il persiste un amincissement notable des tissus résultant d'une cicatrisation secondaire très longue à se faire. La substance musculaire y reste misérable et sans résistance. On conçoit, dès lors, qu'elle cède sous l'influence de la distension du segment inférieur, au

moment du travail, alors que l'anneau cervical, rigide sur une zone assez étendue, oppose un obstacle insurmontable à l'engagement de la partie fœtale. En deux mots : « Déchirure de la portion sus-vaginale du col par suite de rigidité pathologique partielle de la portion vaginale, de cause chirurgicale », tels sont les termes solidaires du problème pathologique.

« Il en sera ainsi chaque fois qu'on restaurera incomplètement un col déchiré, et qu'on provoquera une sclérose étendue de la portion vaginale suturée, soit en omettant l'abrasion soigneuse des tissus indurés, soit en créant un processus scléreux par l'abandon de fils rigides, non résorbables.

« Par une pratique différente, on doit éviter les accidents ultérieurs. Dans ces limites et avec ces restrictions, je n'hésite pas à reconnaître que les opérations gynécologiques, conçues sans réflexion, imprudemment conduites et négligemment suivies, peuvent causer de véritables désastres en obstétrique. »

A la suite de cette observation, M. Pinard cite une statistique de onze autres cas portant sur 10 multipares et 1 nullipare ayant subi l'amputation de Schröder, qui donnent 16 grossesses, dont 5 à terme, 11 grossesses avant terme, dont 6 accouchements prématurés et 5 avortements.

A bien considérer cette statistique, on trouve :

1° Un avortement prématuré à huit mois, siège, rupture précoce des membranes, enfant mort. — Chez une femme qui avait eu, avant d'être opérée, un accouchement à terme.

N.-B. — Il n'est pas fait mention de prolapsus utérin ou de troubles de statique qui cependant peuvent être évoqués chez une Xpare.

2° Un avortement de quatre mois, un accouchement prématuré par le siège, enfant de 1,570 grammes. — Chez une femme ayant eu, antérieurement à l'opération, un accouchement spontané à terme et *un avortement de 3 mois.*

N.-B. — La présentation du siège, avec un enfant de 1570 grammes, suppose une grossesse peu avancée et la présentation anormale s'explique déjà de ce fait. — L'avortement ici est une récidive qui ne saurait être attribuée à l'opération, sans discussion,

3° Rupture prématurée des membranes. Enfant de 2,688 grammes. — Chez une femme ayant eu, antérieurement à l'opération, deux accouchements à terme et *un avortement*.

N.-B. — L'accouchement prématuré peut être attribué à l'insertion basse du placenta, la mensuration des membranes ayant donné 31/5. — De plus, c'est encore une récidive : la femme avait avorté une fois avant l'opération.

4° Primipare. — Accouchement prématuré, sans évaluation précise de la date du terme, rupture prématurée des membranes, enfant vivant de 2,730 grammes, suites normales.

N.-B. — Le terme a dû être ici très peu devancé. S'agit-il bien d'un accouchement prématuré ? — Tout est normal, sauf la rupture prématurée de l'œuf, dont le moment n'est pas indiqué.

5° Trois avortements, dont le premier 2 ans après l'acte opératoire à 6, 5 et 4 mois. — Chez une femme ayant eu antérieurement 3 grossesses à terme.

N.-B.— Il n'est donné aucune interprétation des avortements. — Le fait de leur production est-il un argument suffisant contre l'opération pratiquée 7 ans après le dernier accouchement à terme, c'est-à-dire après 7 ans de stérilité ?

6° Unipare. — Accouchement prématuré à 7 mois et demi, épaule, embryotomie en 1897. — Chez une femme opérée en 1893. Accouchement d'un enfant vivant de 2,870 grammes en 1899.

N.-B. — Le fait d'un deuxième accouchement parvenu à terme et normal, après le premier, enlève beaucoup de portée au premier accouchement anormal post-opératoire.

7° Avortement à 6 mois, un accouchement prématuré à 7 mois, un accouchement à terme. — Chez une femme qui, avant l'opération, avait fait trois avortements à 3 et 6 mois. Spécifique ?

N.-B. — Ici l'opération aurait été d'un bénéfice réel et l'hypothèse de spécificité jointe aux trois avortements antérieurs à l'opération supprime toute discussion.

Reste-il de cet exposé de quoi fournir des motifs à une critique

sévère de l'opération ? Après les notes explicatives ajoutées par moi après chaque cas, il me semble que toute affirmation doit être au moins réservée.

La rupture prématurée des membranes et l'anticipation de l'accouchement peuvent être évoquées pour deux cas seulement, avec quelque apparence de raison. Mais, à côté et en opposition avec ces deux cas, il y a 5 grossesses à terme ; c'est une réponse éloquente à la critique.

M. Bouilly l'a fait remarquer avec une parfaite précision.

MM. Champetier de Ribes et Porak citent deux cas d'accouchement prématuré avec rigidité fibreuse du col. Résultats : un cas de mort et un cas de rupture utérine guérie, ces deux cols ayant présenté des cicatrices fibreuses après l'opération.

Lepage cite deux cas communiqués par Audebert : un avec accouchement à terme terminé normalement, — un avec rigidité presque incoercible ; le travail dura cinq jours, et l'enfant succomba ; mais l'opération avait dû être mal exécutée, puisqu'il s'en était suivi une atrésie du col, qui avait exigé de multiples séances de dilatation, et qu'on sentait par le toucher une bride cicatricielle.

Dans un troisième cas, des crins de Florence ont été oubliés dans le col. — Quelques accidents infectieux après accouchement normal à terme. — Enfant vivant.

Dans un travail paru, en 1898, dans les *Annales d'obstétrique et de gynécologie*, M. Audebert énonce les conclusions suivantes :

L'amputation du col exerce une influence marquée :

« 1° Sur la durée des grossesses ultérieures en causant fréquemment des avortements ou des accouchements prématurés ;

« 2° Sur la marche du travail de l'accouchement :

A) en exposant à la rupture prématurée des membranes ;

B) en occasionnant, dans les cas d'opérations atypiques, des rétrécissememts cicatriciels du col qui s'opposent parfois d'une façon absolue à la dilatation. »

Ces conclusions suivent l'énoncé de 16 observations, dont 8 sont empuntées à Pinard et 2 à Lepage ; nous venons de les examiner ; il en reste donc six (Obs. V, VI, VII, VIII, IX, XVI)

dont une seule, la IX^e^, personnelle à M. Audebert, est donnée avec détail.

Obs. V. — Deux ans après une amputation du col, la femme fait un avortement de 6 mois.

N.-B. — Elle avait 9 grammes d'albumine, malgré le régime lacté ; elle accouche quelque temps après, d'un enfant de 8 mois bien développé et, avant l'opération, elle n'avait accouché que d'un enfant mort après 8 mois de grossesse.

Obs. VI. — Après curetage et amputation du col pour métrite hémorrhagique, cette femme fait un avortement de 1 mois et demi, puis un deuxième incertain et en tout cas de date indéterminée.

N.-B. — Il est bien peu probable qu'une opération sur le col détermine un avortement de un mois et demi ; il paraît plus rationnel d'attribuer les deux accidents aux hémorrhagies dues à une lésion persistante, puisque, pendant la deuxième grossesse suivie d'avortement, la *menstruation n'avait pas cessé*.

Obs. VII. — Accouchement à 8 mois et demi avec rupture prématurée des membranes, 32 heures avant le travail.

N.-B. — Il y avait un placenta prævia marginal !

Obs. VIII. — Trois ans après l'opération de Schröder, avortement de 3 mois.

N.-B. — Il serait plus rationnel de rechercher la cause de l'avortement dans une autre lésion ; ainsi cette femme qui, dit-on, souffrait du ventre avant son opération, pouvait bien avoir une métrosalpingite persistante. Il n'est pas fait mention de l'état des annexes.

Obs. IX. — Fausse couche de 6 mois et demi, après rupture des membranes à la dilatation d'une pièce de 0 fr. 50. Pour extraire l'enfant vivant, on est obligé d'inciser, sur les deux côtés, le col qui ne se dilatait pas plus que la dimension d'une pièce de 2 francs.

N.-B. — Il s'agissait là d'une opération que M. Audebert appelle « atypique » et que nous traitons de « défectueuse » ; car,

après l'accouchement, on sent « le col notablement court ; une sorte d'anneau incomplet (orifice interne) le limite en haut ».

Obs. XVI. — Fausse couche de 2 mois et demi.

N.-B. — Avant cette fausse couche et après l'opération de Schröder, la femme avait accouché à 8 mois, après 12 heures de travail, d'un enfant vivant de 2.840 grammes. En outre elle n'avait jamais eu de grossesse avant son opération, qui avait guéri une endométrite datant de 3 ans.

De cette série il ne faut donc discuter que sur l'observation IX, et encore nous n'avons aucun détail sur l'opération, qui doit être tout autre chose qu'un Schröder. Quant aux autres, elles sont en faveur de l'intervention chirurgicale plutôt qu'elles ne semblent l'accuser.

*
* *

Telle est l'analyse des observations qu'on a avancées contre le Schröder. Pour critiquer sérieusement cette opération, il y a deux points qu'on ne doit pas perdre de vue :

1° Les lésions pour lesquelles on pratique l'opération de Schröder peuvent elles-mêmes causer des accidents ?

A ce propos, Varnier a montré l'utérus d'une femme morte de rupture utérine sus-vaginale provenant de la résistance anormale du col au niveau de la cicatrice fibreuse d'une déchirure cervicale se prolongeant au-dessus du museau de tanche.

Fraisse a publié en 1891 un cas de rupture utérine provoquée par une rigidité cicatricielle due à des cautérisations au chlorure de zinc sur le museau de tanche.

Il en a été publié bien d'autres identiques.

A son tour, Bouilly déclare qu' « il est nécessaire de reconnaître que les lésions nécessitant des opérations sur le col sont par elles-mêmes capables de créer des conditions pathologiques mauvaises pour la grossesse et l'accouchement. Dans la plupart des cas où l'intervention est indiquée, il s'agit de cols déchirés par un ou plusieurs accouchements antérieurs, infectés d'emblée ou consécutivement et atteints de cette infection chronique dont la conséquence est la métrite cervicale parenchymateuse avec dégénérescence scléro-kystique ».

2° Un deuxième point sur lequel on n'a pas assez insisté, c'est que, ici comme ailleurs, l'opération ne donne de bons résultats et n'est inoffensive pour l'avenir qu'à la condition d'être bien exécutée.

Or, en parcourant les auteurs qui ont écrit sur cette question, en relisant les discussions entendues à la Société de gynécologie, on s'aperçoit que les critiques, accoucheurs pour la plupart, n'ont presque jamais pu obtenir une donnée exacte sur l'opération pratiquée, les renseignements fournis par les malades étant peu précis et les auteurs n'ayant pu remonter à leurs sources. Or, dans les cas malheureux où l'opération de Schröder est accusée de méfaits, combien de ces accidents sont dus à des opérations mal exécutées et décorées du nom d'atypiques, comme dans le cas rapporté par Lepage !

« Souvent, dit Pozzi, on croit faire un Schröder et on fait tout autre chose. »

Richelot exprime la même opinion : « On ne saurait mettre sur le compte des opérations anaplastiques bien comprises les accidents imputables à un opérateur maladroit..... J'ai l'habitude de prévenir mes élèves contre le Schröder ébarbement.... et contre le Schröder délabrement. »

Bouilly conclut en ces termes : « La bonne exécution des manœuvres opératoires et la réunion par première intention représentent les conditions indispensables pour obtenir les bons résultats immédiats et éloignés. »

On voit que tous sont d'accord pour attacher une grande importance à la valeur de l'acte opératoire ; et cependant aucun auteur n'a donné une statistique entièrement personnelle d'opérations pratiquées par lui et dont il ait suivi les sujets dans leurs grossesses et accouchements consécutifs à l'intervention chirurgicale.

J'ai été assez heureux pour réunir ces conditions ; mais avant de présenter les résultats obtenus, je tiens à dire comment j'ai toujours compris les indications et la technique générale de l'opération de Schröder, que j'ai exposées depuis plus de 12 ans dans différents mémoires.

Et d'abord, je ne l'applique que lorsque je me trouve en présence d'un col gros, atteint d'ectropion, généralement bourré de

glandes kystiques et de nodules scléreux, bref, envahi par un processus chronique rebelle ; il convient surtout de l'employer si les simples pansements et la dilatation ont été insuffisants pour guérir la malade.

Il est nécessaire aussi qu'aucune salpingo-ovarite sérieuse laissée en amont ne vienne agir plus tard pour son compte, soit pour empêcher la conception, soit pour troubler ou interrompre la grossesse. Sinon, il n'est plus possible d'apprécier sainement l'évolution normale ou anormale de la gestation ultérieure. En outre, il faut se rendre compte de la bonne position de l'utérus et de la solidité du périnée et du vagin, afin de joindre, s'il y a lieu, au Schröder les opérations indispensables pour ramener et maintenir l'utérus dans une bonne situation.

J'ajoute que l'examen général de la malade est loin d'être superflu et que le traitement diathésique ne doit pas être négligé.

Comme il s'agit le plus souvent de sujets arthritiques, l'iodure de potassium, les alcalins, le régime alimentaire, les bains salés, la gymnastique méthodique de la peau, doivent être mis en œuvre.

Cinq préceptes principaux dominent la technique ; ils peuvent être énoncés de la façon suivante :

1° Antisepsie préalable du col, après dilatation prolongée ;

2° Abrasion complète de tout le tissu scléreux ;

3° Affrontement exact ;

4° Sutures résorbables (au catgut) ;

5° Asepsie permanente post-opératoire.

J'insiste sur l'usage du catgut, que j'emploie depuis plus de quinze ans et qui a l'avantage de ne pas nécessiter l'enlèvement des sutures — (ce qui serait difficile si on pratique, en même temps, des opérations plastiques vaginales et périnéales) — qui disparaissent spontanément par résorption sans créer de processus scléreux.

La sclérose, en effet, ne survient que dans l'une des conditions suivantes :

a) Un ou plusieurs points de suture pratiqués avec des fils non résorbables (soie, crins de Florence, fils d'argent) ont été oubliés dans les tissus où ils ont provoqué une inflammation chronique.

b) L'abrasion des tissus scléro-kystiques a été insuffisante, et

c'est la partie restante de ces tissus qui continue à évoluer dans le sens de nouvelles formations scléreuses capables d'amener la rigidité ou l'atrésie.

c) La réunion des tissus affrontés s'est faite secondairement, avec suppuration, donnant lieu à la formation de tissu inodulaire, rétractile.

d) Exceptionnellement, on peut voir des retours du processus scléreux chez les prédisposés, du fait seul de la constitution.

A cause de tous ces points délicats, il importe de bien fixer la technique de cette opération et je rappellerai ce que j'ai dit à la Société de gynécologie et d'obstétrique : « Les procédés variés qui sont antérieurs ou postérieurs à cette méthode lui sont, à mon avis, inférieurs. Schröder a précisé la nécessité de pratiquer l'abrasion de la muqueuse cervicale malade, non seulement dans sa partie apparente, mais aussi dans sa partie cachée à l'intérieur du conduit cervical, et qui ne se peut mettre à découvert qu'après un large débridement des commissures. Cette abrasion doit atteindre en hauteur et en épaisseur toute l'étendue des tissus malades. La fantaisie ne doit point diriger l'opération, mais la logique du principe intégralement appliquée, il ne doit rester, après l'abrasion de la muqueuse, aucune partie malade dans le tissu cervical, ni glandes kystiques ni nodules scléreux. Les tissus restants doivent être souples, rosés et entièrement débarrassés des processus chroniques fibreux, blancs nacrés préexistants. Dans ces conditions, deux résultats immédiats sont acquis : la coaptation régulière des lambeaux, la cicatrisation primitive aseptique. C'est toujours cette préoccupation qui me guide, et c'est l'abrasion haute de la muqueuse que je pratique d'ordinaire, à moins qu'il ne s'agisse de la réfection plastique du col, en vue d'en modifier la forme et d'en élargir l'orifice externe. »

Mais, avant d'aller plus loin, je dois avouer qu'après avoir relu le livre de Schröder, je me suis aperçu que j'avais été peut-être un peu généreux en rapportant à cet auteur la prescription de viser dans l'abrasion plastique du col, réglée comme une amputation de membre à lambeaux, moins une opération régulière, typique, qu'une opération rationnelle basée sur le siège et l'étendue des lésions atypiques, comme on l'a dit et comme l'a écrit le Dr Bossi dans un article récent.

La vérité m'oblige à dire que Schröder a décrit son opération suivant une technique régulière et constante qui a pour but l'abrasion de la muqueuse cervicale aussi haut que possible. Il ajoute seulement : « Quand les lèvres du col sont le siège d'une hypertrophie considérable, il est aisé de joindre à l'excision de la muqueuse l'amputation de fragments plus ou moins épais et allongés du parenchyme cervical. » Il n'est point question d'évidement profond ou de l'excision des coins latéraux si fréquemment malades, lorsqu'à la cervicite se combine le traumatisme latéral.

Il me semblerait fastidieux de reproduire ici intégralement le manuel opératoire tel que je l'ai décrit il y a dix ans. Je l'ai donné en 5 temps.

1° Curetage, hersage, écouvillonnage, lavage ;
2° Incision, excision et sutures sur la lèvre postérieure du col ;
3° Incision, excision et sutures sur la lèvre antérieure du col ;
4° Sutures latérales ;
5° Pansement.

On en trouvera le détail dans mes mémoires antérieurs. (Voir p. 216, 229, 238).

Maintenant que j'ai résumé ma manière de comprendre et de pratiquer l'opération de Schröder ainsi modifiée et appropriée aux exigences physiologiques, je rappellerai ma statistique personnelle citée dans ma communication à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique (juin 1899), qui porte sur 78 cas de grossesse et d'accouchement post-opératoires, la plupart de ces cas ayant été publiés par mes élèves ou par moi-même.

Le travail d'Isaac porte sur un total de 115 cas de grossesse survenue après des traitements conservateurs visant la métrite liée à des lésions salpingo-ovariques aiguës ou chroniques ainsi réparties : 44 cas de lésions annexielles bilatérales — 22 cas imprécis étiquetés paramétrite ou périmétrite.

Il s'agit, dans ces 22 cas que je retiens, de femmes ayant eu des enfants antérieurement à l'opération et affectées concurremment d'affections cervicales chroniques de l'utérus. Une seule était nullipare. Toutes subirent, entre autres interventions, l'ablation plastique du col utérin par la méthode de Schröder.

Dans la thèse de mon ancien externe M. le Dr Lefèvre (*Sur une forme commune de la stérilité chez la femme*, Paris, 1898) je trouve relatés 66 cas de ma pratique personnelle ayant trait exclusivement à des nullipares, la plupart traitées suivant des principes qui sont longuement exposés dans le travail en question.

Sur les 41 malades dont on a pu obtenir des renseignements postérieurs à l'opération, 24 sont devenues enceintes.

Enfin, dans mon mémoire sur le traitement de la rétroversion de l'utérus, je retrouve 9 cas de grossesse post-opératoire.

A ces cas, j'ajouterai un groupe de 23 observations de grossessse et accouchement après le curetage et l'opération de Schröder, relevés par Boureau en 1888 et par S. Bonnet en 1891, dans une statistique de plusieurs années portant sur 250 cas opérés dans ma clinique, qui m'ont servi à écrire un mémoire détaillé sur la métrite cervicale paru dans les *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, au mois de janvier de cette même année 1891 (v. p. 238 ci-contre).

J'arrive ainsi, en additionnant 22 cas (Isaac), 24 (Lefèvre), 9 (Doléris), 23 (Boureau et S. Bonnet), à un total de 78 observations de femmes opérées par moi, par l'amputation de Schröder, ayant accouché, et sur lesquelles je possède des renseignements obstétricaux. Je pourrais encore en recueillir d'autres non moins probantes relatives à des opérations plus récentes.

Dans aucun cas je n'ai observé de dystocie. J'ai mentionné en temps et lieu les cas d'accouchement prématuré et d'avortement qui se sont produits, rarement à la vérité ; mais l'interprétation rationnelle en a été fournie pour la plupart des malades : syphilis, vomissements incoercibles, salpingo-ovarites persistantes unilatérales, névropathie invétérée, etc...

Bien d'autres que moi d'ailleurs ont apporté des faits très favorables au Schröder. Hartmann en donne trois observations complètes et très instructives.

Obs. I.

Mme B..., trente ans, pas de grossesse depuis sept ans, date du dernier accouchement. Malgré un vif désir d'avoir un enfant,

elle reste stérile; aussi un médecin, le Dr Gilbert, nous l'adresse. Nous trouvons une métrite cervicale.

10 juin 1889. Curetage et amputation du col.

A la suite de cette opération, la malade devient enceinte et a trois enfants actuellement vivants et bien portants.

Obs. II.

Mme D..., trente-deux ans, vient nous consulter pour une déchirure du périnée, déchirure du col étendue au cul-de-sac vaginal, métrite cervicale.

En avril 1874, nous faisons le curetage, l'amputation du col avec excision des parties fibreuses et la périnéorraphie.

Depuis ce moment elle mène deux grossesses à terme, l'une en octobre 1896, l'autre en mai 1898.

Obs. III.

Mme B.. , vient nous trouver pour une déchirure du périnée, prolapsus utérin, déchirure partielle du col, métrite cervicale.

En avril 1876, curetage, amputation du col, périnéorraphie.

« Le 14 octobre 1897, mise au monde d'un enfant pesant 2.600 grammes, actuellement bien portant. »

A son tour Richelot dit, en parlant de la thèse de son élève Pescher : « On y trouve cette opinion exprimée par le Dr Karl Keller, assistant de la Frauenklinik de Berlin, dans une lettre à l'auteur : — L'excision de la muqueuse cervicale n'amène d'ordinaire ni une obturation, ni une étroitesse du canal cervical. La marche de la grossesse est habituellement normale, ainsi que l'accouchement. — On y trouve, sur huit observations où il est question de grossesse et d'accouchement : 1° une grossesse normale qui n'a pas été suivie jusqu'à la fin ; 2° un accouchement normal et facile ; 3° chez une femme qui avait eu quatre grossesses et trois fausses couches antérieures à l'opération, une couche excellente, la meilleure qu'elle ait eue ; 4° chez une tuberculeuse, qui avait eu neuf enfants et trois accouchements terminés par le forceps avant l'opération de Schröder, une dilatation lente, mais régulière, avec application de forceps à la vulve, et rien qui puisse faire admettre un mauvais état du col ; 5° l'observation

que M. Champetier de Ribes vous a lue le 31 mars dernier, accouchement prématuré à sept mois et demi, dystocie grave par rigidité du col, conservation de la mère et de l'enfant ; 6e, 7e, 8e trois accouchements à huit mois et demi, faciles et rapides, enfants vivants. Le seul cas où le col réparé ait fait obstacle est celui de M. Champetier de Ribes ; je n'hésite pas à croire qu'il s'agissait là d'une opération de Schröder médiocrement réussie. »

Dans un mémoire publié en juin 1898 dans les *Archives italiennes de Gynécologie*, le docteur La Torre cite neuf observations détaillées d'amputation du col suivies de huit accouchements normaux à terme et d'un accouchement gémellaire à huit mois, le premier enfant pesant 2.800 grammes, le second 2.670 grammes ; cette même femme accoucha plus tard spontanément à terme d'un enfant de 3.600 grammes, et enfin une troisième fois également à terme d'un enfant de 3.000 grammes.

Ces neuf observations sont neuf succès.

Cuzzi et Resinelli, dans un mémoire sur les *résultats immédiats et éloignés de l'amputation du col de l'utérus*, trouvent, sur quatre femmes devenues enceintes après l'amputation du col, quatre bons accouchements, dont deux à terme et deux à huit mois.

Enfin, comme dit très justement Richelot : « Il est probable que beaucoup de femmes accouchent normalement, sans même dire qu'elles ont été opérées. » Et il me semble que cette affirmation se trouve confirmée par la deuxième observation de Lepage communiquée à M. Audebert. Ce n'est que le deuxième jour d'un travail douloureux que la parturiente se décide à dire qu'on lui a fait un curetage. Le lendemain, étonné de la rigidité persistante du col, on insiste pour savoir si elle n'a pas subi une autre opération qu'un curetage ; alors seulement elle finit par déclarer qu'on lui a fait une amputation du col ; et cependant cette intervention n'était pas négligeable, puisqu'elle avait causé une atrésie ayant nécessité des séances de dilatation par les bougies et les laminaires. On accordera sans doute que, si l'accouchement de cette femme avait été normal, personne de ceux qui l'assistaient n'aurait su qu'elle avait subi autrefois une intervention sur le col ; à plus forte raison pour celles dont l'opération, sans

suites fâcheuses, passe presque inaperçue et se confond avec le curetage dont le nom leur est plus familier.

Cette analyse des faits relatifs à l'opération de Schröder peut sembler un peu longue, mais elle me paraissait nécessaire pour démontrer d'une façon définitive *qu'il n'y a aucun accident à craindre après une opération convenablement exécutée.*

Au contraire, si l'on se trouve appelé à surveiller la grossesse d'une femme qui a subi autrefois une intervention dont on ne connaît pas la nature exacte, ou qu'on a des raisons de soupçonner défectueuse, il sera préférable d'ordonner le repos horizontal, tout au moins dans la dernière période, et de surveiller de très près l'évolution de l'utérus et de son contenu.

Si, au moment de l'accouchement, un col amputé résistait trop à la dilatation, même artificielle, il ne faudrait pas hésiter, pour parer à une rupture utérine, à pratiquer de petits débridements nombreux ou deux ou trois incisions assez longues, selon la méthode que l'on préfère. Si la précaution n'était pas prise à temps ou si ce moyen n'avait pas réussi, on pourrait se trouver dans l'obligation de recourir à une intervention grave.

Que conclure de tout cela ? C'est que, sans en abuser, il ne faut pas abandonner les amputations plastiques du col qui sont, dans bien des cas, des opérations utiles et auxquelles rien ne peut être substitué. Pozzi, d'accord avec les auteurs qui l'ont précédé et avec moi-même, rappelle que : « La résection du col débarrasse les malades d'une muqueuse irrémédiablement infectée, ulcérée, fongueuse ; seule elle permet d'enlever des tissus indurés et criblés de petits kystes soit dans la totalité du col, soit au niveau d'une commissure déchirée. Bien plus, elle ne borne pas son action modificatrice au col ; par un effet indirect, elle agit aussi sur le corps en involution incomplète et y provoque un travail régressif qui en fait un des modes de traitement de la métrite chronique du corps. (C'est l'opinion de Martin.) Enfin, dans les cols coniques et étroits, elle rétablit la perméabilité, fait cesser la stérilité et la dysménorrhée et guérit les endométrites cervicales qui étaient entretenues par un drainage insuffisant des sécrétions muqueuses. »

Pour remplir ce but, répétons, en terminant que l'opération de

Schröder, modifiée, est la meilleure, car elle ne provoque pas la formation de tissu cicatriciel, elle permet une exacte coaptation, ne donne pas un col conique comme la trachélorraphie et supprime malgré cela tous les tissus malades.

Mais l'idéal serait, sans aucun doute, d'éviter qu'une opération sur le col ne devienne nécessaire en ayant soin de réparer la déchirure au moment de l'accouchement. A ce sujet, Lepage rappelle très justement une opinion qui résume ma pratique de tout temps : « J'ai la conviction qu'on ne discuterait plus guère sur les inconvénients de l'opération de Schröder si les accoucheurs s'astreignaient d'une manière régulière à suturer le col déchiré, immédiatement après l'accouchement ; on éviterait ainsi la plupart des lésions qui nécessitent plus ou moins l'opération de Schröder. Il y a une quinzaine d'années, les chirurgiens avaient plus souvent qu'aujourd'hui l'occasion de restaurer des périnées fortement délabrés par le travail de l'accouchement ; en suturant immédiatement les déchirures du périnée, les accoucheurs ont fait disparaître une bonne partie des indications de la colpopérinéorraphie. Faisons de même pour le col, malgré les difficultés opératoires dues à la friabilité des tissus, et l'opération de Schröder aura en partie disparu. »

En 1889, dans un mémoire succinct, j'ai déjà défendu cette manière de faire. Je pratique depuis, chaque fois que l'occasion s'en présente, la réparation du col déchiré, non pas immédiatement après l'accouchement, ce n'est pas la meilleure manière, mais vers le troisième jour après l'accouchement. A ce moment, la portion vaginale du col est suffisamment reconstituée, les tissus sont plus denses, moins fragiles et moins sujets au retrait rapide qui déplace les sutures et désunit les tissus affrontés, souvent sectionnés par les fils. L'utérus est mobile et les surfaces cruentées sont d'une facile coaptation.

TRAITEMENT & RESTAURATION DU COL DE L'UTÉRUS

PENDANT LA GROSSESSE

L'observation principale qui fait le sujet de cette note est assez exceptionnelle pour que j'entre dans quelques détails préliminaires, à l'endroit du traitement des affections du col considéré à un point de vue général, pendant la période de gestation.

I

Inconvénients et dangers des lésions du col de l'utérus pendant la grossesse.

Que l'inflammation chronique du museau de tanche, les lésions traumatiques, l'éversion, l'ectropion, les érosions papilliformes etc., soient des obstacles à la fécondation, cela n'est pas à prouver ; aussi doit-on s'attendre à rencontrer exceptionnellement chez une femme enceinte des lésions de cet ordre très accentuées. Mais le fait peut s'observer néanmoins ; mon observation en est la preuve.

Que la fécondation s'opère souvent dans des utérus affectés des lésions que je viens d'énumérer, non plus quand elles sont à leur période d'état, mais lorsque ces lésions sont réparées spontanément ou par les soins du médecin, cela est une règle en quelque sorte ; car il est peu de femmes qui, après l'accouche-

ment, n'aient plus ou moins à souffrir d'un traumatisme si fréquent qu'on le considère comme constant, *la lacération du col*, ou d'un trouble fonctionnel, *le catarrhe* simple, ou d'une inflammation réelle, l'*endométrite cervicale*. — La réparation du traumatisme, quand celui-ci est limité, se fait vite et correctement. Le catarrhe guérit seul d'ordinaire, par le fait des soins hygiéniques habituels et du retour intégral de l'utérus à l'état normal ; l'inflammation vraie, l'endométrite, avec son cortège habituel, la folliculite kystique, les érosions, etc., est plus rebelle, mais elle guérit souvent par les traitements appropriés...

De sorte que la gestation survenant en des circonstances telles que le col n'a pas encore recouvré son intégrité absolue, à une époque plus ou moins éloignée d'ailleurs de la gestation précédente, il n'est pas rare de voir survenir une série de troubles qui sont l'indice et l'effet de la réapparition des lésions. Ces troubles sont : la *douleur*, la *leucorrhée*, parfois *l'hémorrhagie*, et en tout cas un état de malaise qui nécessite l'intervention médicale. — Que de fois le médecin n'a-t-il pas cautérisé inconsciemment des érosions *tolérables* à la rigueur qui reparaissaient au début d'une grossesse non soupçonnée ! Mais que de fois aussi n'est-on pas obligé de passer outre aux craintes d'un avortement et de traiter sérieusement des lésions véritablement sévères et menaçantes pour l'avenir même de la grossesse !

Mon intention n'est pas de m'appesantir sur la gravité des conséquences de toutes les lésions cervicales pendant la grossesse.

Je me réserve sur ce point, et ce serait d'ailleurs exagérer que d'y croire aveuglément. Je veux rappeler seulement que le col utérin malade a été accusé de beaucoup de complications gravidiques, réputées sérieuses : *nervosisme excessif*, *vomissements incoercibles*, *névralgies pelviennes rebelles*, ent'rautres.

Il doit y avoir beaucoup de vrai dans ces accusations, mais je doute que l'on ait toujours bien mis le doigt sur l'enchaînement étiologique qui préside à l'apparition de ces troubles. C'est ainsi que l'existence d'un col profondément lacéré, coïncide avec divers déplacements : la rétroversion, l'antéflexion, fréquemment ; et ce sont là des anomalies qui sont loin d'être indifférentes, pour la marche de la gestation.

Mais je veux me cantonner dans mon sujet.

Lorsque la lacération double du col est arrivée à un tel degré qu'elle remonte jusqu'aux culs-de-sac latéraux, sur lesquels elle empiète parfois au point que la portion supra-vaginale du col est elle-même lacérée et affaiblie par une cicatrice insuffisante, on peut dire que du col il ne reste en réalité que l'anneau supérieur, le sphincter interne, tandis que la portion vaginale est totalement divisée en deux lèvres éversées qui figurent la *gueule de serpent* largement ouverte.

Des lésions accessoires, corrélatives, existent à peu près constamment dans ces cas, et la description *anatomo-pathologique* si précise, donnée par Emmet, se retrouve généralement dans son intégralité : cicatrices douloureuses, fibromes nodulaires minuscules aux angles de la lacération, glandes hypertrophiées, kystiques, muqueuse tuméfiée, tendue, saignante, sécrétion purulente. Si l'endométrite a préexisté à l'état subaigu mal éteint, il y a souvent une exacerbation soudaine à l'occasion de la grossesse qui débute, et la douleur est vive ; les sécrétions sont parfois franchement purulentes au bout de peu de temps.

C'est à tort qu'on traiterait avec légèreté et indifférence des cas aussi caractérisés, car la vie des malades, pendant la grossesse, leur est rendue insupportable. Ce sont des troubles incessants.

La *douleur* affecte des formes diverses ; tantôt une sensation aiguë, quasi-constante, dans l'un des côtés du bassin, avec des irradiations diverses, soit vers les parois lombo-abdominales, soit vers le siège ou les membres inférieurs. Cette douleur est, d'autres fois, sourde et intermittente ; mais, quoique supportable, elle obsède la malade d'une façon continue par la persistance d'une sensation de souffrance vague dans le bassin, dans les intervalles de répit. On peut dire de ces grossesses qu'elles sont caractérisées par le phénomène douleur. Ce sont de vraies *grossesses douloureuses*.

Parfois, la douleur s'accroît du fait d'un petit noyau inflammatoire exsudatif para-utérin au voisinage des zones les plus enflammées du col (paramétrite latérale localisée).

Dans de telles conditions, l'avortement dans les premiers mois n'est pas rare.

Il n'y a qu'à observer pour s'en convaincre.

J'ai à ma disposition un bon nombre de faits qui démontrent que de semblables lésions du col, arrivées à un tel degré, au début d'une ou de plusieurs grossesses successives, ont déterminé l'avortement précoce.

Je ne veux citer que deux cas que j'ai observés tout récemment, en rappelant que cette notion est déjà très acceptée, presque vulgaire à force de rééditions successives.

Obs. I.

— Mme B., de Chouy (*Aisne*) m'est adressée par le Dr *Manichon*, d'Oulchy-le-Château, le 8 juin 1887.

« Elle a 40 ans. Réglée à 16 ans, régulièrement pendant huit jours. Leucorrhée légère. Paraît avoir eu des symptômes d'ovarite dès ce moment-là. Mariée à 21 ans. Ier accouchement au bout de 2 ans, à terme, enfant vivant. Elle se lève le dixième jour. Suites de couches pathologiques par des abcès au sein. Enfant volumineux. Rétablissement des menstrues régulier. Pas d'accident.

« Cinq ans après, IIe grossesse : phénomènes douloureux au côté droit du ventre, elle reste au lit près de 6 mois, pertes blanches. Accouchement *prématuré* de 6 mois. L'enfant vit neuf jours. Suites pathologiques, fièvre. — Dix-huit mois après, péritonite à répétition (?). Huit à dix jours de lit. Sangsues. Au spéculum, dit-elle, on découvre au col ce qu'elle avait aux mains, au nez (métrite cervicale aiguë, glandes purulentes). Il faut dire que, depuis sa seconde grossesse, Mme B. a été affectée de poussées d'eczéma à la face, aux membres, sans préjudice d'éruptions diverses, acné, principalement à la face.

« Après un traitement local, rétablissement.

« IIIe accouchement, 3 ans après la 2e péritonite ; fausse couche à 3 mois.

« Trois mois après cette fausse couche, IVe grossesse suivie d'une fausse couche de six semaines.

« Un an après, Ve grossesse. Nouvelle fausse couche de six semaines.

« VIe grossesse, 18 mois après ; la sixième grossesse arrive cette fois à terme, grâce à un repos constant et aux soins inces-

sants dont la patiente est entourée. Ce dernier accouchement a eu lieu il y a 3 ans et demi. Accouchement normal ; suites : abcès aux seins.

« Au mois de novembre 1885, après une longue période de malaises avec douleur toujours à droite, nouvelle atteinte d'inflammation abdominale (péritonite ?). Repos au lit. Sept sangsues. Vésicatoire abdominal. Amélioration au bout de deux mois.

« Trois atteintes d'inflammation abdominale à la fin de décembre 1886, au commencement et à la fin d'avril 1887. Etat nauséeux dans l'intervalle. Nervosisme habituel. Leucorrhée. Constipation. Sentiment de lourdeur, tiraillements. La malade dit avoir la « sensation d'être ouverte » après la fatigue. Mictions très fréquentes, plus fréquentes avant et pendant les règles.

« *Etat actuel.* — Organes génitaux externes normaux. Périnée mince et affaibli. *Décubitus dorsal* : Les efforts n'entraînent pas la muqueuse vaginale : cystocèle. — Col : Double éversion, lacération double, profonde. Hypertrophie énorme des deux lèvres. Orifice interne très ouvert. Toute la cavité cervicale est remplie de polypes glandulaires comme si elle était semée de grains de chènevis. Le doigt la traverse aisément. Hystérométrie, 8 centimètres, du fond jusqu'à l'orifice fictif. Leucorrhée accentuée. A l'examen, il sort un paquet de glaires. Prolapsus. »

« J'ai opéré cette malade et j'ai réussi à ramener l'utérus à des conditions parfaites.

« Mais j'insiste sur le sort fâcheux qui a été fait aux organes de la reproduction par la lésion invétérée du col, qui fait le principal objet de ce mémoire. Quatre fausses couches ; complications de tout ordre ; deux grossesses dont la deuxième a été une période de craintes perpétuelles, de souffrances et de repos forcé. Tel est le bilan. Le fait se passe de commentaires ».

Observation II

« Mme R... m'est adressée par le Dr *Rivière* (de la Ferté-Milon). Elle a eu un premier enfant il y a six ans. L'accouchement a été court, douloureux, suivi d'une hémorrhagie. Suites pathologiques.

« Depuis, la malade, mal examinée, est traitée à Paris pour

une myélite, alors qu'il ne s'agit que de troubles pelviens graves, qui tiennent à une lacération double du col et probablement à un renversement de l'utérus en arrière, que j'ai découvert récemment.

« Etat nerveux très accentué. Elle fait deux fausses couches, dont la dernière remonte à deux ans. Elle devient enceinte pour la quatrième fois l'année dernière.

« Je la vois au quatrième mois de cette grossesse.

« Douleurs constantes, névralgies pelviennes et crurales, maux de reins, pertes, spasmes et crises nerveuses. La grossesse est pénible à l'excès. Il y a des périodes de souffrances qui clouent la malade au lit pour deux ou trois jours. Ce sont de véritables coliques utérines.

« L'examen me révèle la lésion cervicale que je viens de dire, mais point de rétroversion ; il est vrai que nous sommes au 4e mois et que la déviation a pu se réduire. Parametrium vaguement empâté et douloureux, sécrétion purulente abondante venant du col et du vagin. Eversion complète en gueule de serpent ; glandes énormes aux angles des déchirures, masses indurées cicatricielles à l'angle de la déchirure du côté gauche, la plus profonde, qui paraît dépasser même le vagin.

« J'ai ordonné le repos, j'ai usé de lavages et de topiques ; j'ai ouvert les follicules au fur et à mesure de la réapparition de l'inflammation, ou du redoublement de la douleur. Hydrothérapie continuelle. Bref, j'ai suivi cette grossesse avec des transes perpétuelles. J'ai vu la malade huit et dix fois dans un mois : je puis dire que, au bout de deux à trois mois de traitement, je me suis tenu à quatre pour ne pas intervenir chirurgicalement et terminer une bonne fois par la restauration intégrale du col.

« Je l'avoue, je n'ai pas osé, tant la malade me paraissait susceptible et nerveuse. Je ne me suis pas décidé non plus, parce que déjà la première moitié de la grossesse était dépassée, et parce que finalement la patience et la constance des soins ont fini par sauver la situation. Mais je me demande, si la malade avait été livrée à elle-même, ce que la grossesse serait devenue. Or, je dois dire que plusieurs fois je hasardai le mot d'opération et, par exception, je trouvai la femme aussi bien que le mari prêts à tout, tant la situation était par moments insupportable.

« Durant tout le dernier mois, l'anneau sphinctérien du col seul retenait la tête fœtale. Le doigt touchait directement la tête sans trouver un canal cervical. L'accouchement s'est fait un peu prématurément, à huit mois 1/2 environ. — Le travail a affecté une marche assez singulière : la période de dilatation a commencé le matin vers 9 heures, et une fois l'orifice arrivé à la dimension d'une pièce de deux francs, la chose est restée en l'état. Arrêt absolu des contractions. A minuit moins un quart, les douleurs ont repris. Il y a eu *deux contractions*, sans plus ni moins. En moins de cinq minutes la dilatation s'était brusquement complétée, la tête avait franchi le col et la vulve. Tout était terminé.

« J'ai touché, pour voir sur quel côté du col la nouvelle déchirure avait porté. C'était justement sur le côté droit et non point à gauche, comme je l'avais prévu, sans y réfléchir sérieusement.

« J'ai dit que le côté gauche du col était en effet lacéré profondément et infiltré de tissu inodulaire. Je pensais que ce tissu au cours de l'ampliation du col céderait...; tandis que ce fut le côté droit, beaucoup moins induré et moins profondément déchiré, qui, après s'être laissé étirer et distendre progressivement, céda cette fois, au moment des deux dernières et uniques contractions.

« Un mois après l'accouchement et plus tard encore, j'ai retrouvé la forme pathologique du col et j'ai constaté, ce que je n'avais pas soupçonné, une rétroversion qui certainement était antérieure à la grossesse et qui avait dû se réduire spontanément, avant mon premier examen. Cette rétroversion avait été constatée, peu avant la dernière conception, par Gallard. »

II.

THÉRAPEUTIQUE DES LÉSIONS DU COL PENDANT LA GROSSESSE.

Le fait étant largement acquis, non seulement des inconvénients graves, mais aussi du danger de la métrite cervicale compliquant les lacérations profondes du col pendant la gestation, il en découle qu'à ces lésions il *faut obvier d'une manière efficace.*

a) *Traitement des lésions légères.* — Mais il est acquis aussi, que les formes atténuées, les inflammations modérées, les traumatismes légers méritent une attention scrupuleuse et que l'on a tout intérêt à s'en préoccuper pendant la grossesse, de façon à éviter des complications pour l'accouchement ou pour les suites de couches.

J'ai expérimenté longuement cette thérapeutique spéciale des lésions cervicales de l'utérus pendant la grossesse ; j'en use avec une sécurité parfaite et avec des résultats excellents.

J'ai confié à un de mes élèves le soin de coordonner les faits qui ressortissent à cette étude et j'espère que la démonstration portera ses fruits.

La base de cette thérapeutique légère est la nécessité de supprimer d'abord les troubles génitaux, quels qu'ils soient, pendant la gestation ; — ensuite d'assainir le terrain où doivent se passer les divers actes de la parturition, de purger les voies génitales de tout élément inflammatoire, de toute excrétion anormale. C'est là le fond de la prophylaxie puerpérale.

Sans empiéter sur les conclusions du mémoire à intervenir, je puis dire que les irrigations de sublimé en solution, les tampons d'iodoforme, de glycérine créosotée, etc., m'ont toujours été d'un secours étonnamment efficace. Les écoulements purulents se sont taris rapidement, la douleur a parfois été atténuée et le gonflement congestif du col a cédé.

C'est par ces procédés, d'une bénignité incontestable, que j'ai débuté dans la voie de la thérapeutique utérine pendant la grossesse. Ils n'ont d'ailleurs rien de bien redoutable. Si on se rappelle que Bennet cautérisait toutes les érosions qu'il rencontrait sur le col des femmes enceintes, les irrigations, les tampons paraîtront des modes d'intervention autrement anodins. Longtemps je m'en suis tenu à ces moyens.

Plus tard, des cas se sont présentés qui réclamaient une intervention plus active et sur lesquels se sont épuisés toutes les ressources du traitement que je viens d'esquisser. Il était nécessaire d'intervenir chirurgicalement.

J'ai sous les yeux une série d'observations recueillies en 1884 et 1885, dans lesquelles il est question de femmes enceintes de quatre, cinq, six et sept mois, qui étaient tourmentées par une

abondante leucorrhée, des maux de reins, des douleurs violentes parfois, et chez lesquelles j'ai découvert sans peine que la source de ces troubles était l'existence de kystes glandulaires enflammés, tantôt sur la face libre des lèvres éversées du col, tantôt à l'angle même de lacérations anciennes, comblées par des nodules cicatriciels hyperplasiés et douloureux.

J'ai ouvert, toujours sans danger, les kystes de cet ordre et j'ai soulagé les malades d'une façon presque constante. Je sais bien que les œufs de Naboth, les kystes de la muqueuse interne du col sont considérés comme indolores et j'accepte que souvent ils ne causent guère de gêne. Mais je puis affirmer que ceux qui sont profondément logés dans les masses inodulaires des cicatrices cervicales sont quelquefois horriblement douloureux. Ils le sont au début de la grossesse, ils le sont à la fin. Ils occasionnent parfois un redoublement de souffrance au cours du travail ; et, même après l'accouchement, ils entretiennent des névralgies pelviennes très pénibles. J'en ai observé des cas nombreux dont un tout récent chez la fille d'un de nos confrères.

De toute façon, si l'on doutait que les kystes glandulaires, véritables lésions pathologiques, ce qu'on oublie trop, puissent amener des troubles par le fait de leur siège seul, on ne saurait nier qu'ils entretiennent, où qu'ils siègent, une sécrétion anormale, source de danger, de gêne ; et on ne peut non plus se refuser à admettre que l'inflammation s'empare d'eux parfois, auquel cas on a, non plus une glandule nette, transparente, perlée, mais bien une sorte de tumeur enflammée, rouge, turgide, douloureuse, pleine de pus, un véritable furoncle du col. J'ai vu quelques cas de ce genre, et je les ai toujours soulagés d'abord par l'incision et guéris ensuite par l'entretien d'une médication topique assidue.

Je viens de parler seulement de kystes à ouvrir, de cols à scarifier, de folliculites véritables à inciser, conclusions qui sont l'expression de ma propre pratique, et des objections sérieuses me paraissent difficiles à faire à une telle manière d'agir.

J'arrive à des interventions plus décisives.

b) Traitement des lésions intenses. — En présence de troubles persistants, dont la cause git dans la déformation du col et dans

son cortège de lésions, lorsque la médication topique, légère d'abord, puis les ponctions, les scarifications, les incisions, etc., n'ont pas réussi à calmer les désordres existants ; lorsque ces désordres sont une souffrance continuelle pour la femme, et une menace pour la gestation, je ne vois pas de raisons sérieuses pour ne pas intervenir chirurgicalement d'une manière plus radicale.

Je sais que les classiques sont contre ma proposition et que toute intervention opératoire sur la femme enceinte leur paraît redoutable. Je n'ai qu'à jeter les yeux sur les conclusions émises au sein de la Société de chirurgie il y a peu d'années.

Je sais que les plus osés approuvent les opérations pratiquées loin de l'utérus, mais s'abstiennent d'intervenir dans la zone génitale.

Cette prohibition touche donc le col, au premier chef, puisqu'il est, dans sa portion supra-vaginale surtout, le foyer de sensibilité réflexe le plus exquis, ainsi que l'ont démontré les recherches de Vulpian et de Dembo.

Mais ces doctrines ont reçu de rudes atteintes. Je possède dans mes cartons de nombreux cas d'intervention opératoire dans la zone génitale qui n'ont rien amené de fâcheux.

Au cours de mon clinicat à la faculté, j'ai provoqué l'ouverture large d'un phlegmon iliaque profond qui a été pratiquée par le professeur Richet. Ce phlegmon était juxta-utérin. Le résultat a été le soulagement de la malade, le relèvement des forces, la cessation de la fièvre ; et une grossesse, qui paraissait menacée par un état général et local sérieux, a pris une allure tout à fait tranquille et normale.

Dans un autre cas, publié en collaboration avec M. Charpentier, cas où il était question de vomissements incoercibles, une uréthrocèle suppurée a été incisée et drainée par M. Périer sans autre résultat que la diminution d'abord et la cessation ensuite des vomissements. Sur la même femme, la dilatation du col par la méthode de Copemann avait été poussée très loin sans nuire à la grossesse, mais sans guérir les vomissements.

Copemann lui-même, qui a proposé la dilatation totale du conduit cervical dans les cas de vomissements incoercibles, a bien souligné ce fait, que la dilatation du col n'amenait pas l'expul-

sion du produit, ce qu'il considère comme un double avantage en faveur de sa méthode.

Et puis enfin la question est jugée aujourd'hui ; on ampute et on doit amputer le col entaché d'épithélioma, chez la femme enceinte ; il n'y a aucun profit à attendre de l'expectation. L'opération a été faite maintes fois pour prévenir une aggravation rapide du mal et cela sans péril pour la grossesse.

On fait l'ovariotomie pendant la gestation sans compromettre l'avenir du fœtus. Tous les jours les cas s'accumulent. On extirpe à l'avance les fibromes utérins gênants pour l'accouchement et on ne nuit point à la marche physiologique de la grossesse. Schrœder, un des premiers, a donné l'exemple ; beaucoup ont suivi. Hofmeier, dans un récent mémoire, a fait le compte de ces interventions. On se demande après cela comment et pour quel motif les maîtres de la chirurgie française ont pu opposer un veto formel à toute intervention chirurgicale pendant la période de gravidité. D'où tiraient-ils leurs raisons, leurs preuves ?

Le réflexe nerveux, qui va de la sphère intéressée par le couteau aux centres moteurs de l'utérus, est-il ou n'est-il pas éveillé par le choc traumatique ?

L'est-il ?.... Je l'ai cru, je le crois encore un peu, mais plus je vais, je l'avoue, et moins je suis disposé à accepter cette doctrine sans examen. Je me rappelle trop l'histoire classique de cette servante mise à mal par un maître brutal qui la faisait monter en croupe avec lui et la jetait violemment de son cheval à terre, par diverses fois, afin de la faire avorter, sans cependant y réussir. Je me dis que si la cause de la fausse couche ou de l'accouchement prématuré nous échappe souvent, par contre, nous voyons la grossesse résister aux traumatismes les plus évidents, en dehors même des traumatismes opératoires.

D'où je conclus, non pas d'une façon absolue, mais avec réserves, que l'ostracisme porté contre les interventions chirurgicales pratiquées pendant la grossesse n'a pas été entièrement justifié, ou que du moins, on n'a pas encore mis le doigt sur le point capital qui doit décider de l'action ou de l'abstention.

En un mot, je me base ici sur des statistiques modernes et sur des faits relatés avec conscience et détail, pour estimer que l'intervention opératoire pendant la grossesse, où qu'elle porte, est

moins dangereuse par elle-même que par les complications septiques qui ne manquaient presque jamais de l'accompagner autrefois, mais qui aujourd'hui sont aisément conjurées.

Le danger de la chirurgie, pendant la grossesse comme après l'accouchement, c'est surtout la marche anormale de l'opération, c'est la fièvre, c'est le frisson, c'est l'érysipèle, c'est la lymphangite, c'est le pus, c'est l'infection, en un mot. Or, autrefois, ces désordres constituaient la règle, et il en était ainsi à l'époque où l'on discutait à la Société de chirurgie. Aujourd'hui ils sont l'exception. Les faits ne sont pas contradictoires, mais les conditions ont changé.

Ce que je dis ici, m'est inspiré par les faits seuls et le raisonnement basé sur l'induction, mais non point par l'induction. On ne peut nier que la chirurgie *per partum* et *per puerperium* donne des résultats qui jurent avec la tradition ancienne. L'ovariotomie pendant la grossesse, la restauration immédiate du col et du périnée pendant les suites de couches ont conquis leur place au rang des interventions licites et utiles.

Ce plaidoyer n'est point pour nier les dangers et les inconvénients des interventions inutiles ; bien au contraire, je pense qu'il y a des règles auxquelles il convient d'obéir, et des pratiques qu'il faut absolument rejeter.

En principe, le médecin doit apprécier surtout la quantité de danger que comporte le mal livré à lui-même, comparativement à la quantité de danger que comporte le fait de l'opération. Il me paraît évident que le fait de la dent qu'on arrache, surtout si on a soin de l'insensibiliser auparavant, est moins préjudiciable à la marche de la grossesse que la névralgie dentaire qui rend insupportables le jour et la nuit de la femme enceinte.

Je crois plus légitime d'ouvrir un abcès qui empoisonne l'organisme de la malade, que de laisser la suppuration s'ouvrir spontanément une voie, mais trop lentement, pour la sécurité de la mère et du fœtus.

De même, je ne marchande pas la *thérapeutique interne* quand elle s'adresse aux affections dangereuses pour la grossesse, la mère ou l'enfant. Quoi qu'on ait dit et qu'on dise des propriétés abortives du sulfate de quinine ou de l'iodure de potassium, je ne crains pas de les administrer largement contre les accès pa-

lustres et l'hyperthermie, ou contre la syphilis. — Le danger me paraît bien plus dans la maladie que dans le remède.

Ainsi fais-je pour la *thérapeutique externe*.

Laissant cette diversion, je reviens à la pratique qui consiste à porter son attention au col de l'utérus malade pendant la grossesse et à lui appliquer les principes que je viens d'expliquer en courant.

Je pense donc que les pratiques chirurgicales qui visent la restauration du col sont indiquées lorsqu'elles vont à l'encontre des dangers que ces lésions font courir à la grossesse.

L'opération d'Emmet peut être, dans certains cas, non un péril, mais une véritable sauvegarde pour la gestation.

L'avortement est plus sûrement évité par l'intervention que par la négligence volontaire des lésions qui travaillent à le provoquer.

Je ne crois pas autant à la bénignité des cautérisations au fer rouge que l'on pourrait être tenté de substituer au bistouri ; et j'ai en main la preuve que des avortements ont été provoqués par cette sorte d'intervention. J'ai vu des faits de ce genre et j'en ai fait mon profit. Depuis longtemps je me suis habitué à la crainte du cautère actuel porté sur l'utérus, en général, et spécialement au début d'une gestation soupçonnée ou méconnue.

Si donc je possède des faits positifs contre cette manière d'agir, je puis avancer que je n'en ai pas de personnels, du moins, contre celle que je sors de défendre. — Toute mon expérience est en faveur du bistouri contre le fer rouge.

Ma réserve étant bien établie, il me reste à parler du fait principal de ce travail.

Observation II.

Dans un cas qui remonte à l'année 1884, j'ai risqué l'ablation au bistouri d'un nodule douloureux situé à l'angle d'une cicatrice du col.

« Il s'agissait d'une IIpare de 24 ans. La grossesse datait de cinq à six semaines, à compter des dernières règles ; (il est à remarquer que c'est dans les premières semaines de la gestation

que le traumatisme du col, compliqué d'inflammation chronique, se révèle par des phénomènes douloureux et des sécrétions anormales). — La malade souffrait beaucoup dans les reins, le bassin, à la cuisse gauche, et elle avait une leucorrhée jaune-verdâtre abondante.

« Il y avait comme symptôme réactionnel plus sérieux, des douleurs abdominales que la malade comparait à des coliques, mais qu'il était impossible de caractériser cliniquement d'une façon nette.

« A l'examen au spéculum, je trouvai les lèvres du col en éversion et une cicatrice douloureuse faite de trois nodules indurés rouges et saillants sur l'angle d'une déchirure assez profonde qui siégeait du côté gauche.

« La pression de l'extrémité d'une pince réveillait des douleurs vives.

« Le doigt sentait, à peu de distance, au niveau du cul-de-sac latéral gauche, connexe au col, un noyau peu volumineux, dur, résistant, douloureux aussi, qui représentait à n'en pas douter une petite masse exsudative paramétritique juxta-utérine à la base du ligament large.

« La muqueuse interne des lèvres éversées était rouge, parcheminée, facilement saignante.

« Après une semaine de traitement par les irrigations au sublimé, l'entretien d'une asepsie constante au fond du vagin, grâce à des tampons de glycérine créosotée à 1 pour 10, le noyau paramétritique disparut, et la sécrétion du col paraissait dépourvue de propriétés septiques.

« Je me décidai à enlever au bistouri toute la masse nodulaire cicatricielle et comme la plaie saignait un peu je plaçai sans difficulté, un point de suture au catgut. Tamponnement de gaze iodoformée, repos absolu.

« Huit jours après, la coaptation était parfaite et les douleurs avaient disparu. Du même coup, et le traitement consécutif aidant, les autres symptômes disparurent.

« Cette femme accoucha à terme et durant les suites immédiates de ma petite opération, je n'observai aucun phénomène insolite. Sans certitude absolue de sa grossesse, je ne la soupçonnais pas moins et si je n'éprouvai pas de craintes exagérées de

ce côté, je n'en étais pas moins très perplexe les premiers jours. Rien ne justifia mes prévisions alarmistes. »

Observation IV.

« Cette observation appartient à M. Julliard. Elle a été publiée dans le n° de septembre 1886 des *Nouvelles Archives d'Obstétrique et de Gynécologie*. L'opération d'Emmet a été faite par M. Vulliet en ignorance de cause, car la grossesse n'était pas soupçonnée. Le succès a été complet. »

Observation V.

Lacération double. — Cicatrices douloureuses. — Endométrite. — Début de grossesse. — Douleurs et menaces d'avortement. — Trachélorrhaphie.

« Mme C..., institutrice, 27 ans, est amenée à la clinique du Docteur Doléris, par le docteur Duchastelet, le 7 juin 1887.

« Elle a été menstruée à 14 ans et demi, régulièrement tous les mois pendant cinq jours. Menstrues peu abondantes, mais douloureuses. A 19 ans, fièvre muqueuse. A 22 ans, rapports conjugaux ; — à partir de ce moment, leucorrhée très légère. Enceinte au bout de six mois. La leucorrhée s'accentue pendant la grossesse qui est d'ailleurs facile et normale. Accouchement normal en octobre 1886, à terme, d'un enfant vivant, assez gros, présentant le sommet. Durée du travail, douze heures. Suites normales. Se lève au bout du dixième jour. La leucorrhée non seulement persiste, mais augmente d'une façon considérable, la malade est obligée de se garnir. Rétablissement des menstrues, deux mois après, d'une façon régulière ; l'écoulement n'est pas plus abondant qu'autrefois, mais les douleurs dysménorrhéiques persistent. Dès son lever, la malade ressent une douleur aiguë, lancinante à gauche.

« La douleur s'exagère à la marche, par la station debout, le coït. Trois mois après l'accouchement, en dehors de la leucorrhée et de la douleur signalée, la malade s'aperçoit de la tuméfaction

de la grande lèvre gauche ; en même temps elle est douloureuse. Le Docteur Duchastelet, médecin traitant, diagnostique une bartholinite ; ouverture au bistouri. Cataplasme. Poudre de bismuth et d'acide borique cristallisé. Injections boriquées. Au mois de mars, le 22, dernières règles ; — depuis, aménorrhée (?). Coliques, vers le 22 avril ; pas de pertes de sang. Le 22 mai, pas de coliques, mais pendant un jour écoulement d'eau rosée. Le 5 juin, la malade se présente à la clinique, conduite par le Docteur Duchastelet, ne pouvant plus supporter les douleurs ni l'abondance de l'écoulement en blanc et inquiète de l'aménorrhée.

« *Etat actuel* 7 juin. — Lacération double du col. Cicatrice nodulaire à l'angle de la lacération du côté gauche (amincissement de la paroi utérine du même côté). La cicatrice est douloureuse, le point douloureux se limite non seulement à l'extérieur par une saillie perçue par le doigt, mais aussi par l'introduction, le contact d'un instrument.

« *Endométrite* cervicale chronique.

« *Antéflexion* très marquée.

« *Eversion des lèvres* et *érosion* de la muqueuse en ectropion.

« On ne fait pas l'hystérométrie, crainte de grossesse.

« En effet, le corps de l'utérus est volumineux, soit par le fait de l'état que l'on soupçonne, soit par le fait d'une métrite. La muqueuse génitale tout entière est tomenteuse, bleuâtre. *Le col est mou* ; la muqueuse cervicale a un aspect fongueux.

« Les sécrétions sont très abondantes. Catarrhe muco-purulent. Glande vulvo-vaginale gauche indurée ; d'après le Docteur D. ces lésions auraient une origine gonorrhéique.

« Le 8 juin. — On fait une injection vaginale, on met un tampon à la glycérine iodoformée.

« Le 9 juin. — Même traitement. L'utérus est toujours gros, mais cylindrique, ce qui est un argument de faible valeur, c'est vrai, mais réel néanmoins contre l'idée d'une grossesse commençante.

« La question se pose entre l'intervention ou l'expectation, en présence d'un début de grossesse soupçonnée.

« En cas de négative, l'indication est formelle. Il faut agir.

« En cas de réalité de la grossesse, la question est entre la somme des chances d'avortement, du fait des lésions, d'une part — et des

risques d'avortement du fait de l'intervention. Or les processus existants et les symptômes constatés sont les suivants : *lacération double profonde* et douloureuse du col, douleurs péri-utérine, utérine, ovarique et irradiations dans la cuisse, — endométrite,— antéflexion exagérée,— relâchement et affaiblissement des parois du trajet cervical, surtout à gauche, en raison des cicatrices et de l'inflammation, autant que de l'amincissement pathologique de ces parois,— enfin sécrétions septiques... Se basant sur les cas connus où l'avortement fréquent ou bien l'accouchement prématuré, et, à leur défaut, une grossesse exceptionnellement pénible, ont été la conséquence de semblables lésions, M. Doléris adopte en principe l'opération, convaincu que le traumatisme sera moins à redouter, ou, tout au moins, peut supporter le parallèle avec les éventualités précédentes. Néanmoins, on se contentera d'abord d'un traitement préparatoire antiseptique et en cas d'opération on se tiendra surtout en éveil sur les nécessités d'une hémostase bien conduite.

« Jusqu'au 15 juin, pas de modification sensible. L'utérus ne semble pas augmenter d'une façon visible. Les seins ne présentent rien de particulier. La malade n'accuse qu'un peu d'inappétence et des coliques utérines assez fréquentes ; peut-être a-t-elle intérêt à dissimuler. Le traitement consiste en injections de sublimé et en tampons imbibés de glycérine iodoformée et en insufflations de poudre d'iodoforme dans le conduit cervical. Sous cette influence, la muqueuse paraît se modifier extérieurement et les sécrétions semblent diminuer. Toutefois la muqueuse intra-cervicale conserve son aspect fongueux et grenu que dissimule la disposition des plis normaux de l'arbre de vie. Sa coloration est rouge-vineux et elle saigne facilement.

« Pour atténuer l'importance de l'intervention, M. Doléris pense à un avivement préparé par des cautérisations.

« 15 juin. — Cautérisation au nitrate d'argent (crayon) pur, figurant de chaque côté l'avivement d'Emmet. Repos. La malade souffre un peu dans la soirée.

« Le 16. — Pansement après constatation de l'insuffisance de l'avivement.

« Le 17. — Cautérisation bi-latérale analogue à la précédente,

mais faite avec de l'acide nitrique fumant, sur le conseil du Dr Sevastopulos qui a obtenu de bons effets de cette manière de procéder. Repos. Rien d'anormal.

« Le 18. *Opération. — Assistants* : MM. les Drs Nitot, Desnos, Sevastopulos, Duchastelet, Villa, Cavasse, Maritan.

La malade est *anesthésiée* à l'aide du *chloroforme*, non précédé de morphine : vagin irrigué, utérus modérément abaissé. Chaque lèvre est fixée par une pince à traction. Les eschares dues à l'acide nitrique sont encore en place. Mais le grattage des parties escharifiées, destiné à préparer l'avivement, montre qu'au dessous il existe encore une couche de muqueuse malade grenue, fongueuse, inégale, qui ne permettrait point de compter sur une réunion certaine. Dans ces conditions, M. Doléris pratique l'avivement au bistouri, ce qui donne des surfaces saines, unies et permet l'ablation de masses cicatricielles situées profondément aux angles des déchirures. Pour éviter la perte de sang, l'opération est faite d'abord du côté droit, et trois sutures sont posées immédiatement allant de la base à la pointe du col (sutures à la soie). L'avivement est ensuite pratiqué du côté gauche ; un noyau fibreux cicatriciel, volumineux, est enlevé de ce côté ; trois points de suture sont pratiqués avec la soie. L'étendue de l'avivement est, en longueur, de trois centimètres et, en largeur, d'un centimètre au moins pour chaque lèvre. La suture une fois terminée, le col présente sa forme normale un peu pointue, avec un orifice de sept à huit millimètres de dimension transversale. On le réduit encore par l'adjonction d'un point supplémentaire à droite, près de l'extrémité. Pansement : iodoforme sur le col. Gaze iodoformée dans le vagin. *Durée* en tout, quinze minutes. La perte de sang a été très modérée, contrairement à toutes les prévisions. Il n'est pas certain que les cautérisations préalables n'aient pas été pour quelque chose dans cette éventualité favorable. L'avivement et la suture immédiate pratiquée de chaque côté, successivement, ont également aidé à ce résultat.

« Après l'opération, la malade est portée dans son lit. On fait une piqûre de morphine pour prévenir les mouvements intempestifs de l'utérus. Pas de vomissements. Quelques douleurs lombo-abdominales très légères. On répète préventivement la piqûre de morphine le soir.

Le 19 juin. —Etat général et local excellents. La malade a bien reposé.

« Le 20 juin.— Etat général et local toujours excellents. La malade mange.

« 21-22. — Bien.

« 23. — Au soir, un peu de douleur abdominale (constipation) (?) une injection hypodermique, et tout rentre dans l'ordre.

« 25. — La douleur était bien causée par la constipation, car la malade a été purgée et elle va bien depuis. On retire les fils du col. Tout est bien. La turgidité gravidique des tissus rend l'ablation des fils plus difficile.

« Le 29. — La malade va très bien — elle se lèvera demain. — On change la gaze iodoformée. — Le 30 juin, la malade s'est levée.

« Le 4 juillet. — A l'examen local, on trouve l'utérus dans de parfaites conditions de restauration. Les deux lèvres du col sont affrontées jusqu'à l'extrémité. L'orifice externe laisse suinter un mucus clair, discret. De chaque côté de l'orifice externe existent deux sillons peu profonds : ils indiquent la ligne de réunion bilatérale du col et accentuent sa forme bi-labiée. L'utérus est en antéflexion légère et peut-être un peu abaissé vers le vagin, ce qui tient à un léger degré de prolapsus consécutif à la première grossesse. Le fond remonte au niveau d'une ligne fictive qui séparerait également la symphyse de l'ombilic. Sa consistance est molle, souple. Les tissus mous du bassin sont infiltrés et animés d'un battement vasculaire général. Les seins augmentent de volume. L'aréole est colorée, les tubercules saillants.

« Etat général bon. Les sécrétions utérines et vaginales ayant disparu, de même que les douleurs avec irradiations que la malade éprouvait avant son opération, la marche et la station debout sont très aisées. Aucun trouble gastrique. La malade doit quitter la clinique demain.

« Le 5 août. — La malade revient à la clinique. L'abdomen est volumineux. Les mouvements fœtaux ont été perçus. Le ballottement est évident, la grossesse est confirmée. On constate toutefois l'excès de volume de l'utérus proportionnellement à l'âge de la gestation. La malade ne ressent plus les douleurs d'autrefois, mais elle éprouve, de temps à autre, une sensation poignante dans

le flanc droit. Je ne puis attribuer cette souffrance qu'à l'inclinaison de l'utérus dont l'accroissement se fait avec une grande rapidité.

« L'hypogastre est d'ailleurs saillant et révèle une antéversion assez marquée de la matrice.

« Quant aux sécrétions anormales du début, il n'en existe plus d'aucune sorte. L'examen direct du col permet de constater sa forme irréprochable et le maintien intégral des cicatrices.

CONCLUSIONS.

De ce qui précède, quelles conclusions tirer ? Je n'en émettrai que deux, quant au fait général.

La première, c'est qu'on a trop exagéré l'importance des traumatismes du col de l'utérus gravide, et la preuve en est dans les quelques observations que j'ai fait connaître au cours de ce travail.

La seconde est que : à titre exceptionnel, et lorsque l'état du col exige une réparation chirurgicale, la menace de l'avortement, loin d'être une contre-indication, justifie l'opération. La réparation du col par le procédé d'Emmet, pratiquée sous le chloroforme, dans le cas que je viens de citer tout au long et dans le cas publié par M. Juillard, n'a réveillé, en aucune façon, la susceptibilité réflexe de l'utérus.

Je pense toutefois qu'il ne faut se résoudre à intervenir que lorsque l'on juge le danger menaçant, et j'estime qu'après l'opération, les précautions les plus minutieuses doivent être prises pour prévenir et juguler au besoin les contractions de l'utérus. Le repos absolu, l'usage des opiacés, la médication antiabortive en un mot doivent être institués.

La réflexion particulière que peut susciter l'opération d'Emmet, pratiquée chez une femme enceinte, c'est surtout, et pour des raisons inutiles à rappeler, *la crainte de l'hémorrhagie*. Or cette crainte n'a pas été justifiée le moins du monde dans mon cas. Malgré mon attente, je n'ai pas vu les plaies d'avivement sai-

gner plus que dans la moyenne des opérations de ce genre, que j'ai pratiquées en assez grand nombre aujourd'hui. Il ne paraît donc pas nécessaire de tirer argument de la crainte d'une hémorrhagie anormalement abondante, contre cette opération pratiquée pendant la grossesse.

RÉSUMÉ ET MISE AU POINT DES IDÉES DE L'AUTEUR RENFERMÉES DANS LES PRÉCÉDENTS MÉMOIRES.

Dans la série des mémoires qui précèdent, bien des idées sont émises dont la plupart sont restées dans le domaine définitif de la Gynécologie. D'autres, nées au milieu de la controverse, veulent être résumées et précisées conformément à la sanction d'une plus longue expérience.

C'est ce que je vais faire en peu de mots.

Parmi les méthodes acceptées aujourd'hui sans discussion, je cite les procédés d'investigation intra-utérine — le curetage explorateur — l'hystérométrie aseptique —la dilatation — l'abaissement du col de l'utérus, qui furent combattus d'une voix presque unanime, il y a quinze ans. L'abrasion de la muqueuse cervicale au bistouri, sans sutures (p. 299) reprise et adoptée plus tard par Bouilly qui l'appliqua plus particulièrement à la métrite des nullipares. L'indication positive de la réparation immédiate du col utérin lacéré dans l'accouchement (p. 297).

Les traitements chirurgicaux de la cervicite, suivant le degré des lésions.

L'emploi de la glycérine créosotée comme topique antiseptique de l'utérus.

La proscription des topiques caustiques, escharifiants.

L'emploi rationnel des diverses méthodes de thérapeutique intra-utérine ; dilatation lente ou extemporanée, irrigation, drainage.

Et quant au curetage utérin, dont les indications ont été faussées par une vulgarisation excessive, et surtout par le défaut d'expérience de beaucoup de médecins insuffisamment instruits, le grand tort a été de le considérer comme un moyen de traitement adéquat à la métrite quels que soient la nature et le siège de celle-ci.

Beaucoup trop de praticiens ignorant ou ayant oublié les travaux qui ont préludé à la transformation des idées en pathologie utérine, n'établissent même pas la distinction, pourtant indispensable, entre la métrite du corps et celle du col. D'autres traitent inconsidérément par le curetage toute métrorrhagie, sans se préoccuper d'en vérifier la cause.

De telles erreurs, de tels abus ne pouvaient qu'amener des échecs, faire germer des contradictions.

Nous assistons encore aujourd'hui, à propos du curetage appliqué à la métrite, à des discussions qui n'ont pas le mérite d'être nouvelles, encore moins originales. C'est par trop négliger les contributions des devanciers !

***

Au point de vue des questions de doctrine, les mémoires qui précèdent font ressortir :

1° que la thérapeutique chirurgicale ne s'applique point à la période aiguë de l'endométrite, sauf le cas de septicémie puerpérale ;

2° qu'elle doit viser uniquement la destruction de la muqueuse du *corps de l'utérus*, lorsque celle-ci est épaissie, végétante ;

3° que le curetage est impuissant contre les lésions du col utérin ;

4° qu'il ne peut être efficace contre le symptôme *hémorrhagie*, qu'autant que ce symptôme dépend uniquement de lésions végétantes ou hypertrophiques de la muqueuse du corps, liées à un processus simple ou décidual ; que partout ailleurs son action est incertaine et presque toujours décevante ;

5° qu'on l'applique trop souvent sans discernement là où il est inutile, insuffisant ou déplacé.

Enfin, au point de vue des doctrines pathogéniques, il est acquis que mes affirmations, énergiquement contestées, il y a quinze ans, touchant la fréquence de l'infection blennorrhagique de l'utérus, sont conformes aux faits.

Que l'apparition de la métro-annexite, plusieurs semaines ou plusieurs mois après l'accouchement, correspond à la reviviscence de germes *pathogènes puerpéraux*.

Ma théorie du développement de l'ectropion secondaire n'a jamais été contestée.

Le processus de la cervicite folliculaire scléro-kystique est resté classique d'après les descriptions que j'en ai faites conformément à l'étude micrographique.

La variété de métrite dyscrasique attribuée à l'artério-sclérose, au lymphatisme, n'est pas une métrite, pas plus que les altérations passagères de l'utérus liées à la subinvolution, à la ménopause, à des troubles momentanés de la vascularisation ou de la nutrition de l'utérus.

Dans les mémoires qui suivent et dans des travaux ultérieurs, j'ai fait une place plus vraie à cette doctrine : d'abord, en établissant le premier, conformément aux doctrines défendues dans mon mémoire de 1886, la catégorie des *fausses métrites*, dans certaines desquelles le processus scléreux joue certainement un rôle ; — ensuite en montrant que les dyscrasies, prétendues causes de la métrite, sont les conditions les plus certaines de la *chronicité* de cette affection et constituent une étiologie secondaire de la permanence des processus infectieux.

II

FAUSSES MÉTRITES

MARS 1894

ANATOMIE & PHYSIOLOGIE DE LA MUQUEUSE UTÉRINE

J'ai placé ici ce mémoire, en raison des considérations qu'il renferme, relativement à la distinction anatomique et physiologique entre les *vraies* et les *fausses* métrites.

Depuis les travaux histologiques de Kundrat, Ruge, en Allemagne, Robin, de Sinety, en France, Williams, Putnam-Jacobi, en Amérique, etc., peu de chapitres d'ensemble ont été écrits sur la muqueuse de l'utérus.

J'ai pensé qu'il était opportun de présenter, sous forme de mémoire, l'exposé de cette question à laquelle la pratique et l'observation des gynécologues a apporté beaucoup de documents nouveaux.

J'y joindrai le résultat de mes propres études et de mes observations personnelles, poursuivies au cours d'une dizaine d'années et qui donneront une certaine originalité à quelques côtés de la question.

Je diviserai cet exposé en trois parties :

A. Muqueuse du corps de l'utérus.

B. Muqueuse du col de l'utérus.

C. Fonctions sécrétoires de la muqueuse.

A. Muqueuse du Corps de l'Utérus.

Lisse, unie, de coloration gris-rosée, de consistance molle, d'épaisseur variable, la muqueuse adhère très peu au muscle sous-jacent ; elle est criblée d'orifices glandulaires punctiformes. Les dimensions des espaces inter-glandulaires sont les mêmes que celles des glandes elles-mêmes.

Histologiquement, deux éléments sont à considérer de près dans cette muqueuse :

1° L'*épithélium* de surface et ses dépendances, les *glandes* qui constituent le parenchyme ;

2° le *chorion* muqueux, tissu interstitiel qui remplit les intervalles laissés par les glandes, où prédomine la *cellule utérine* (cellule déciduale, interstitielle, etc.).

1° L'*épithélium* de surface est rangé en couche unique, régulière de cellules cylindriques égales, d'aspect palissadé sur la coupe. Ces cellules ont 33 μ de longueur (Kölliker) et sont munies de cils.

Les *glandes* sont une dépendance directe de la couche épithéliale ; elles sont plongées dans le chorion. Leur disposition diffère de celle des glandes du col. Cette différence d'ailleurs s'explique par celle du rôle qui est dévolu aux unes et aux autres dans le fonctionnement de l'organe.

Elles sont tubulées et terminées en cœcum. Leur orifice se dessine à la surface de la muqueuse par un point. Il n'en sourd point un mucus consistant, mais tout au plus une exhalation séreuse. Leur extrémité profonde affleure la couche musculaire, et le plus souvent la pénètre de quelques millimètres. Elle est unique, rarement bifide.

Dans toute sa longueur, le tube glandulaire est tapissé intérieurement par le même épithélium en couche unique, régulière, palissadée, sans cils et de dimensions très inférieures à celles de l'épithélium des utricules du col. On peut dire que le tube épithélial constitue toute la glande, car on ne démontre pas histologiquement une paroi propre. Les cellules de cette couche ont le noyau basal et le protoplasme clairs et fluides ; c'est un véritable appareil de filtration, d'une passivité absolue, fragile et délicat, permettant la transsudation du sérum sanguin sous l'influence discrète et insensible d'une pression moyenne dans les vaisseaux de la muqueuse ; allant jusqu'à permettre le passage des éléments figurés et colorés du sang sous l'influence d'une forte pression et dans quelques conditions spéciales telles que la menstruation régulière, les spasmes, les tumeurs, etc. On voit alors les glandes remplies de sang.

La couche épithéliale repose sur une *membrane basale* qui la

sépare du derme. Cette membrane n'a point une texture que l'on puisse considérer comme formée d'éléments propres. Elle est amorphe.

Dans les périodes d'activité de la muqueuse, elle est constamment pénétrée par des cellules, en mouvement de formation incessante, cellules cuboïdes résultant de la prolifération des éléments cellulaires spéciaux du derme, et destinées à se différencier dans le sens des épithéliums. Cette différenciation se voit assez bien dans les cellules qui sont irrégulièrement, mais immédiatement juxtaposées à la couche cylindrique dont elles sont d'ailleurs destinées à remplacer les éléments caducs. Le même phénomène se présente dans la zone dermique immédiatement sous-jacente à l'épithélium de la surface muqueuse. On appelle ces cellules ainsi transformées *indifférentes* ou encore *épithélioïdes*. De ce fait qu'elles proviennent du chorion, mais qu'elles sont destinées au remplacement de la couche épithéliale des glandes, elles ont une importance capitale pour la pathologie du cancer de la muqueuse ; c'est d'elles, et non des épithéliums définitifs que paraissent procéder les néoformations épithéliomateuses. Cette doctrine est très vraisemblable et paraît démontrée pour bien des cas, d'après l'examen histologique d'un assez grand nombre de pièces. Si elle est réellement vraie, elle prouve que l'irritation nutritive d'où procède la dégénérescence du tissu ne fait point dévier les éléments, mais seulement les incite à une suractivité qui les pousse rapidement à la forme définitive. De plus, la zone de dégénérescence se trouve au point où s'opère le contact entre les capillaires sanguins et lymphatiques les plus déliés et les plus extrêmes de la muqueuse, et l'appareil dialyseur lui-même, étalé sur la surface interne de la matrice. Le germe du cancer, si je puis ainsi dire, aurait donc pour provenance le milieu intérieur, le sang.

Telle est, en somme, la paroi glandulaire, paroi indépendante et douée d'une suractivité très spéciale. Dans cette paroi, se tamisent les capillaires sanguins qui entourent le tube comme d'un réseau dense, et la nappe lymphoïde décrite par Léopold, niée par quelques auteurs, mais théoriquement admissible en se reportant à la signification physiologique du tissu conjonctif en général. (Ranvier, Renaut.)

En résumé, la couche unique d'épithélium de la surface, aussi bien que celle des follicules, est doublée d'une zone cellulaire très active contenant un réseau sanguin et lymphatique très richement organisé qui leur tient lieu de paroi. Lorsque, plus loin, je montrerai la facilité avec laquelle ces cellules s'agrandissent et s'emplissent d'un liquide clair et abondant, on comprendra aisément ce mécanisme de l'hémorrhagie utérine et de certains flux séro-muqueux : les capillaires distendus par congestion active ou passive se trouvant privés d'un soutien solide et flottant pour ainsi dire au milieu d'une substance molle en grande partie colloïde, laissent transsuder leur contenu ; le sang filtre dans les glandes, dans le tissu péri-glandulaire ; nombre d'éléments se décolorent au contact de l'eau dont le tissu est imprégné et une exhalation séreuse, incolore d'abord, puis séro-sanguinolente se produit. L'effraction des vaisseaux et du revêtement épithélial produit la phase hémorrhagique vraie.

Pour en revenir au rôle physiologique du revêtement épithélial de la surface muqueuse et à celui des glandes, qui est absolument identique, la question est liée à la signification même que l'on accorde à ces dernières.

Les glandes du corps de l'utérus ne sont point des appareils de sécrétion, telle est l'opinion actuelle de la plupart des physiologistes. Ces tubes, dont la direction est perpendiculaire à la surface, la longueur proportionnée à l'épaisseur de la muqueuse, par conséquent variable comme celle-ci, leur disposition ondulée, mais non spiroïde, témoignent de la solidarité étroite qui existe entre elles et le stratum épithélial de la surface muqueuse. En réalité, elles sont de simples diverticules de cette dernière. Chez certains animaux à placenta diffus, la jument, le lama, et certains cétacés, Planteau (1) a montré que des néo-glandes se développent par invagination de la muqueuse. Elles ne dépassent pas la forme cupulaire. C'est un intermédiaire entre le tube folliculaire et les simples dépressions qu'on voit sur la muqueuse, alors qu'elle prend l'aspect mamelonné propre au début de la gestation.

Plane, déprimée, cupulaire ou tubulaire, l'invagination épithé-

(1) *Journal de l'Anat. et de la Physiol.*, t. XVII, juillet 1881.

liale a partout la même signification et la même fonction. Or, quelques physiologistes ont émis l'avis que le chorion fœtal venait implanter ses rameaux villeux dans diverses dépressions, pour y puiser un liquide nutritif spécial chargé de principes azotés et de gaz utiles à la vie et au développement de l'embryon. Ercolani (1), Scharpey, W. Turner (2), ont défendu cette idée avec quelques variantes de peu d'importance. Rien ne démontre anatomiquement l'absolue vérité de ces affirmations, mais rien non plus ne contredit absolument cette doctrine : le rôle habituel de la muqueuse utérine, hors l'état de gestation, permet d'en accepter le principe d'une façon générale. Durant la menstruation, l'exhalation séro-sanguine d'abord, sanguine ensuite, a lieu aussi bien dans la cavité des glandes qu'à la surface de la muqueuse. On trouve, dans l'intervalle des follicules, de nombreux globules rouges et la trame péri-folliculaire est infiltrée de sang et d'aspect apoplectique. Au cours d'une *gestation ectopique*, alors que la muqueuse de l'utérus inhabité subit néanmoins une hyperplasie notable et des modifications en rapport avec l'état gravidique, les follicules distendus changent de texture : leur épithélium devient polyédrique, pavimenteux et proliférant. Un suc blanchâtre (Robin) (3) remplit les tubes, s'étale en nappe à la sortie des orifices muqueux.

La description de Conrad et celle de Langhans (4) sont analogues. Dans l'analyse d'un autre cas par de Sinéty (5), on voit que les glandes distendues sont infiltrées de cellules rondes, bien que certains follicules aient conservé leur épithélium cylindrique.

Enfin, j'ai étudié avec le plus grand soin, en 1883, une muqueuse utérine dans un cas de grossesse tubaire sur des coupes pratiquées par mon ami le Dr Galliard et, depuis cette époque, j'ai fait trois examens analogues toujours avec le même résultat : dilatation des tubes glandulaires, transformation de l'épithélium cylindrique en épithélium cuboïde irrégulier, et pénétration

(1) Ercolani. *Journal de l'Anat. et de la Physiol.* 1863.
(2) Turner. *Trans. of. Roy. Soc. of. Edinburgh*, 1872.
(3) Robin. *Mém. Acad. de méd.*, 1861.
(4) *Arch. f. Gyn.*, t. IX, p. 337.
(5) De Sinety. *Soc. de Biologie*, 25 mai 1877.

de la cavité des tubes par des cellules embryonnaires et des globules sanguins.

Dans les deux ou trois premiers mois de la grossesse normale, la caduque présente dans sa couche épithéliale et dans ses glandes la même modification (Robin).

J'ai présenté le 10 mai 1883, à la Société de Biologie, des lambeaux de caduque fraîche expulsée au cinquième mois d'une gestation, qui arriva néanmoins à son terme. J'en ai donné la description détaillée (1). A propos des glandes, il est dit dans l'observation, qu'elles sont dépourvues d'épithélium cylindrique et remplies de globules sanguins décolorés, de cellules embryonnaires, et qu'elles sont en outre pénétrées par les cellules du stroma.

De ces descriptions, il ressort nettement que rien n'autorise à considérer les tubes utérins comme des appareils de sécrétion ; qu'on peut, avec la plus grande vraisemblance, les considérer à l'état de vacuité — pendant la menstruation, — au cours de la grossesse ectopique — et dans les premiers mois de la grossesse utérine, comme des appareils de filtration pour les éléments liquides du sang et, dans des circonstances spéciales, pour les éléments figurés eux-mêmes ; bien mieux encore, pour certains corps cellulaires formés aux dépens des cellules du stroma muqueux. Cela me permet de dire que si Turner et Ercolani ont décrit, peut-être à tort, un lait placentaire, provenant de la sécrétion glandulaire de la caduque et destiné à l'embryon des premiers jours, il n'en est pas moins vrai que des matériaux nutritifs, provenant du sang maternel sont exhalés de toute la surface épithéliale de l'utérus. Ce document physiologique trouve un nouvel appui dans le rôle et la transformation du stroma ainsi que des vaisseaux.

Glandes et épithélium dans la menstruation. — Que devient l'épithélium et quel est son rôle pendant les règles ?

Au cours de la menstruation, il paraîtrait rationnel d'admettre que l'effraction du revêtement épithélial par le sang soit habituel, sinon tout à fait absolu.

Nombre d'auteurs ont étudié cette question, et c'est de leurs

(1) Landa. (Thèse 1833.)

recherches divergentes que sont nées des théories malheureusement trop nombreuses.

Il faut citer de suite trois auteurs : Williams (1), Kundrat et Engelmann (2), qui admettent hautement l'exfoliation partielle ou totale de la muqueuse utérine au cours de la menstruation. Cette exfoliation serait déterminée par la dégénérescence graisseuse des éléments et le raptus apoplectique dans le stroma. Cette opinion est de plus en plus discréditée. Léopold avait réagi notablement contre elle en 1877.

Il faut en revenir à l'opinion rationnelle qui admet une simple exhalation séro-sanguine, avec issue des éléments figurés du sang, soit par diapédèse, soit par rupture de quelques capillaires sous-épithéliaux. Kölliker signale les hyperplasies des glandes et la dilatation vasculaire. Il admet l'élimination partielle de l'épithélium, ce qui est tout à fait en rapport avec la poussée fluxionnaire plus forte subie en certains points de la muqueuse, mais il considère l'élimination partielle ou totale de la muqueuse comme un phénomène anormal.

De Sinéty (3), chez des femmes mortes en état de menstruation à diverses périodes des règles et dans l'hiver (l'utérus étant donc dans de bonnes conditions pour l'examen), a toujours trouvé la muqueuse intacte. Il conclut que, chez la femme à l'état normal, la muqueuse ne s'élimine pas, *même superficiellement*.

Grâce à la vulgarisation du curetage, il m'a été possible de me renseigner sur ce point avec toute la précision désirable et dans les meilleures conditions possibles ; j'ai donc plusieurs fois détaché des lambeaux de muqueuse utérine, en pleine période de règles et à différents moments, soit pour arrêter une métrorrhagie, soit à titre d'exploration, et divers examens ont été pratiqués sur les pièces conservées avec le plus grand soin. Ces examens ont été faits soit par M. le Dr Paul Petit, soit par moi-même. Les conclusions tirées de ces recherches sont d'accord avec celles de Kölliker et de Sinéty. En résumé, on doit accepter que l'exfoliation épithéliale n'est pas un phénomène nécessaire pour la production de l'écoulement sanguin menstruel.

(1) *Obstetric Journal*, fév.-mars 1875.
(2) *American Journal of Obstetric*, mai 1875.
(3) De Sinéty. *Gaz. méd. et Soc. de Biologie*, 5 mai 1880.

Pendant la gestation, la muqueuse se dépouille de son épithélium. Ici tous les auteurs s'accordent : les cils des cellules de la surface tombent de très bonne heure ; l'aspect cylindrique se transforme en cubique, puis pavimenteux, et finalement l'épithélium disparaît. L'œuf est directement greffé sur le stroma muqueux.

Derme et Vaisseaux.

Quelques auteurs ont déduit des observations histologiques sur la muqueuse utérine une division assez complexe de cette muqueuse.

Ils admettent trois couches en allant de la surface à la profondeur : 1° la couche interne : épithélium, stratum sous-épithélial, orifices infundibuliformes des glandes ; 2° couche moyenne, chorion mou renfermant les corps des glandes ; 3° couche profonde juxta-musculaire, renfermant la terminaison des glandes. Cette troisième couche est la trame unissante de la muqueuse avec la musculeuse. Elle se convertit en un tissu spongieux trabéculaire où les éléments résistants, se raréfient de plus en plus, dans la caduque des derniers jours de la gestation et au niveau de laquelle se fait la séparation du placenta, la déhiscence de l'œuf.

D'autres auteurs n'admettent que deux couches.

De Sinéty n'accepte point ces divisions. Il n'est pas nécessaire, en effet, de créer des zones artificielles et en tout cas ces divisions ne sont applicables qu'à la région placentaire de la muqueuse déciduale durant la période de la gestation.

Je m'en tiendrai donc à la division naturelle de la muqueuse en 1° *couche* épithéliale déjà étudiée, à laquelle se rattache l'ensemble des tubes glandulaires, et 2° en *derme* ou chorion muqueux.

Toutefois, et je le montrerai plus loin, on ne peut nier que dès qu'une activité anormale s'empare de la muqueuse utérine, il apparaît dans le chorion une disposition inattendue, qui crée des zones artificielles. La délimitation de ces zones se fait à la faveur de la disposition spéciale des vaisseaux capillaires, qui s'accusent sous forme de réseaux en nappe, dont le plus superficiel est

sous-jacent à l'épithélium, le plus profond intermédiaire à la musculeuse et au chorion.

Etudions donc le stroma et les vaisseaux.

Stroma muqueux. — Il correspond aux travées interglandulaires. Il est constitué par des éléments déliés, conjonctifs et élastiques entre-croisés, fort rares, et par de la substance amorphe, au milieu de laquelle se rencontrent les vaisseaux, les lymphatiques et des cellules spéciales. Ces cellules spéciales sont arrondies et régulières à la façon des cellules embryonnaires du tissu conjonctif, et rien ne permet histologiquement de les différencier de ce tissu.

Un caractère cependant leur donne une physionomie propre, c'est leur mobilité et l'inconstance de leur forme. Pour tout dire, la cellule conjonctive du derme de la muqueuse utérine est un élément de première importance et qui a depuis longtemps attiré l'attention des histologistes. C'est sur elle que repose une bonne partie de la physiologie de la nutrition de l'embryon, et à son évolution complexe se rattachent des considérations pathologiques de grand intérêt.

Aussi, j'ai cru devoir lui réserver ici une grande place.

La cellule conjonctive du derme muqueux de l'utérus peut être considérée comme l'élément noble de la matrice (cellule interstitielle, cellule spéciale, cellule déciduale).

Sa forme va de celle de la cellule ronde ou lymphoïde classique jusqu'à la *cellule géante*, véritable bloc protoplasmique, énorme, d'une vitalité singulière, parfois polyédrique, parfois fusiforme, parfois fragmenté en noyaux multiples. Elle synthétise dans la muqueuse utérine, organe essentiellement formateur et toujours renouvelé, les apparences infiniment variées de la cellule embryonnaire type, telle qu'on la rencontre dans le corps de l'embryon à la période où elle se différencie pour former les éléments spéciaux de chaque tissu.

De cette variété de volume et de forme on peut déjà déduire des aptitudes très significatives au point de vue des phénomènes de la génération. Du reste, les organes qui y concourent : l'ovaire, le testicule qui, comme la muqueuse utérine, sont appelés à un renouvellement, à un mouvement vital incessant, renfer-

ment le même élément avec le même caractère commun, la muabilité de la forme pour la création des éléments immédiats de la reproduction : le spermatozoïde, l'ovule.

Aucune cellule de l'organisme humain, si on en excepte l'ovule fécondé lui-même, ne réalise d'une façon plus saisissante le tableau *de la vie*, dans l'élément cellulaire. Et cependant nous ignorons les points les plus importants de la destination physiologique de la *cellule utérine*.

Quant à la *nature* et à l'*origine* de ces éléments, que de divergences !

Kœlliker les rapproche des épithéliums ou du chondroplaste.

Friedlander les nomme déciduales (*decidualzelle*). Il les déclare d'origine non épithéliale. Et cependant il fait remarquer leur ressemblance avec l'épithélium ; même mélangée de jeunes cellules néoformées, la couche épithéliale de la muqueuse utérine se laisse aisément séparer de la couche sous-jacente ; ensuite, dans la zone profonde de la muqueuse, les cellules déciduales retournent à la forme en fuseau avec noyau médian.

Kundrat et *Engelmann* admettent l'origine connective.

Henning les fait dériver des globules blancs du sang.

Waldeyer et *Romiti* les font provenir de la paroi des vaisseaux et principalement des cellules de la gaine périvasculaire.

Ercolani : Elles naissent à l'origine dans le tissu conjonctif sous-muqueux. Par la suite, elles prolifèrent aux dépens des néo-vaisseaux qu'elles ont formés, et non point des vaisseaux préexistants.

Creighton admet l'origine périvasculaire aux dépens des vaisseaux préexistants.

Janinsky, l'origine épithéliale.

Laulanié la trouve dans le tissu chondroïde.

Frommel la découvre (chez le rat) dans le tissu connectif sous-épithélial. *Lombardini* même doctrine.

Enfin *Overlach* distingue, dans le stroma muqueux, deux ordres d'éléments :

1° cellules polygonales à un noyau ;

2° cellules plus volumineuses, arrondies ou ovoïdes à nombreux petits noyaux.

Tel est l'exposé très complet que je trouve dans le récent travail de *Clivio de Turin* sur la muqueuse utérine et le placenta de la lapine.

J'ai réservé une mention spéciale à la doctrine suivant laquelle les *decidualzellen* sont des éléments vaso-formateurs et jouent, dans la muqueuse utérine de la gestation, un rôle prépondérant pour la constitution du vaste réseau lacunaire où se répand le sang maternel et où viennent plonger les villosités vasculaires du fœtus.

J'ai vérifié à cet égard les études entreprises par Creighton, chez le cochon d'Inde et par *Masquelin* et *Schwann* sur des petits animaux (le lapin) et je pense avoir retrouvé sur certaines caduques des premiers mois de la gestation, dans l'espèce humaine, la même démonstration du rôle vaso-formateur de la cellule utérine dont l'exposé sera fourni plus loin.

Vaisseaux de la muqueuse utérine. — Nous ne saurions pénétrer plus avant dans cette étude anatomique et physiologique tout à la fois, sans envisager la disposition des vaisseaux de la muqueuse utérine et le rôle qu'on peut leur prêter théoriquement au moins.

Lorsqu'on étudie au microscope la coupe d'une muqueuse utérine on trouve :

1° un réseau capillaire situé à l'union de la paroi musculaire et de la muqueuse, formant une nappe vasculaire importante (réseau profond) ;

2° un réseau analogue, situé superficiellement dans la couche dermique sous-épithéliale. Les mailles en sont tellement denses, dit Robin, que le diamètre du capillaire est presque aussi grand que l'étendue de la surface interposée. Ce réseau forme donc une deuxième nappe vasculaire, située à la surface de la muqueuse (réseau superficiel) ;

3° des vaisseaux volumineux à direction perpendiculaire à la muqueuse et qui, d'après Langhans, seraient des veines réunissant ces deux réseaux. La direction de ces vaisseaux est spiroïde branches veineuses intermédiaires).

Cette disposition se voit très nettement sur une de mes coupes reproduites dans la thèse de Landa, où les deux zones vasculaires sont marquées par une ligne sombre indiquant une apoplexie en nappe.

Au point de vue de la déhiscence de la muqueuse cela est important, parce que cela semble indiquer d'avance que la séparation de la muqueuse se fera à la limite musculo-muqueuse ou bien sous l'épithélium, à la faveur d'un raptus congestif qui aura amené la dissociation des éléments résistants du tissu, par infiltration apoplectique.

Robin a décrit quelque chose de plus dont l'importance vise un autre objet : c'est la disposition agglomérée de certains ramuscules vasculaires de la muqueuse. J'ai aussi constaté nettement et longuement observé ces pelotons que je considère comme de *vrais glomérules vasculaires* auxquels les physiologistes jusqu'ici n'ont prêté aucune attention.

Cette disposition glomérulaire se trouve dans les capillaires profonds aussi bien que dans les réseaux superficiels.

Les capillaires de la muqueuse sont plus gros que ceux de la couche musculeuse sous-jacente. Leur paroi vraie est uniquement constituée par un endothélium nucléaire, mais les cellules spéciales du stroma, séparées par de la substance amorphe, leur forment une sorte de paroi adventice d'une grande importance.

Physiologie de la cellule utérine et des vaisseaux de la muqueuse.

On trouve physiologiquement la cellule utérine dans trois conditions différentes où il est intéressant de l'étudier, en même temps que les autres éléments du chorion muqueux, qui d'ailleurs évoluent en même temps qu'elle, suivant l'étape physiologique correspondante.

1° à l'état de repos de la muqueuse utérine ;

2° à l'état actif correspondant à l'effort de nidation périodique (règles) ;

3° à l'état de suractivité : grossesse extra-utérine, grossesse utérine.

1° A l'état de *repos*, si l'idée de repos est admissible pour une muqueuse qui est le siège de fluxions périodiques entraînant toujours avec elles une suractivité fonctionnelle prolongée, les éléments spéciaux de la muqueuse, ou *cellules utérines*, ainsi que je continuerai à les appeler, sont *rares*, arrondies, régulières, de sept à huit μ et emplis par un noyau volumineux, central et régulier qui se colore fortement par les réactifs.

Les vaisseaux sont ce que je viens de dire précédemment.

2° Durant la *menstruation*, les *cellules utérines* subissent les effets de l'hypernutrition et on voit ces éléments croître en nombre d'une façon assez notable, mais proportionnellement peu en volume. Seule la couche avoisinant l'épithélium paraît renfermer quelques éléments qui ont grandi. C'est même une opinion qui a été soutenue qu'il y a dans la muqueuse *menstruelle* quelques cellules qui tendent à affecter la forme et les dimensions de la *decidualzelle* ; de telle sorte qu'il serait impossible de différencier, au microscope, la caduque d'un avortement de quelques semaines de ce qu'on a voulu appeler, pour cette raison (à tort selon nous), la caduque menstruelle. Cette opinion ne cadre pas avec les résultats des recherches que j'ai signalées plus haut. Il est même intéressant de savoir que la menstruation modifie notablement certaines manières d'être de la muqueuse, sans imprimer un caractère particulier aux éléments anatomiques eux-mêmes.

La muqueuse menstruelle est épaisse, les glandes sont déformées avec des ondulations plus marquées, le tissu interglandulaire augmenté et surtout les espaces intercellulaires agrandis. Mais, dans cette disposition anormale, l'augmentation disproportionnée de la partie presque amorphe du derme est surtout frappante. Il est visible, lorsqu'on considère les dilatations vasculaires coexistantes et les apoplexies diffuses dans le chorion et dans les glandes, que c'est surtout un état d'*infiltration séreuse* de la muqueuse qui se produit durant la menstruation. Seul un *excès de tension vasculaire*, avec gêne de la circulation en retour, peut expliquer cette sorte d'œdème.

Or une gêne circulatoire aussi prolongée ne trouve guère d'explication que dans une action contractile permanente du muscle

utérin dont l'érectilité spéciale serait mise en jeu d'une façon durable par le phénomène de la menstruation. A moins toutefois que l'action spasmodique ne porte plus spécialement sur les tuniques vasculaires elles-mêmes, auquel cas la menstruation pourrait se traduire physiologiquement par cette formule : *réflexe utérin vaso-dilatateur.*

Mais cela n'expliquerait pas la congestion veineuse due à la gêne de la circulation en retour. Il faut, en plus, le spasme de la paroi musculaire de l'utérus ; et l'on a alors les facteurs suffisants pour comprendre cette érectilité spéciale établie par Rouget pour tout l'appareil de la génération.

Quoi qu'il en soit, il est indiscutable qu'il se produit à chaque période menstruelle un épaississement marqué de la muqueuse utérine qu'il faut attribuer : 1° à l'augmentation de la substance amorphe intercellulaire, qui n'est qu'une dilution de la mucine préexistante, par l'excès d'eau infiltrée dans les mailles du stroma (Bischoff) ; 2° à la surdistension des capillaires de la muqueuse ; 3° à l'infiltration apoplectique et séreuse de certaines parties de cette muqueuse et de la cavité des glandes.

Ces trois ordres de phénomènes dépassent de beaucoup en importance les modifications cellulaires, multiplication nucléaire et augmentation de volume.

En sorte que le *processus menstruel*, dans la muqueuse utérine, peut être représenté par un spasme dilatateur des vaisseaux, auquel s'ajoute sans doute l'action occlusive du muscle utérin. A ce spasme correspond l'ectasie permanente des vaisseaux capillaires muqueux dans leurs trois couches de distribution, surtout dans les veines perpendiculaires et dans les pelotons glomérulaires (capillaires variqueux) ; d'où : exsudation séreuse, infiltration œdémateuse des travées interglandulaires. Les capillaires ectasiés, mal soutenus par les cellules de la paroi adventice dissociées, se rompent par places ; d'où infiltration hémorrhagique. Rien ne saurait mieux être comparé à ce processus physiologique que les œdèmes cutanés partiels des névropathes, ou les congestions localisées en certaines régions de la peau (stigmates) ou des muqueuses, et suivies parfois d'hémorrhagies, par diapédèse ou ruptures capillaires (hémathydrose, hématémèses, hémoptysies hystériques).

Ce n'est pas ici le lieu de remettre en question l'origine du ré-

flexe compliqué de la menstruation qui est, à n'en pas douter, dans la ponte ovarienne, normale ou anormale.

3° Dans certaines conditions morbides d'irritation prolongée, de réflexe permanent retentissant directement sur la muqueuse utérine, on voit les phénomènes s'accentuer dans le sens du processus plastique propre à l'état gravidique. Ce qui se passe dans la muqueuse utérine dans la *grossesse extra-utérine*, fournit la démonstration de la tendance de la cellule interstitielle à se modifier, avec le temps, dans le sens de la cellule géante déciduale, même en l'absence de l'œuf fécondé dans l'utérus.

Ici l'œdème n'occupe pas seulement la zone amorphe qui sépare les éléments cellulaires ; l'infiltration pénètre la cellule elle-même et, dès lors, le protoplasma s'entoure d'une zone claire, fluide ; la cellule se déforme en augmentant de volume et le noyau s'hyperplasie. On assiste même à une multiplication nucléaire très nette et très abondante ; c'est un degré de plus. L'infiltration du stroma apparaît ici à son maximum, les transformations cellulaires les plus marquées se produisent, sans que le mécanisme cesse pour cela d'être le même que celui de la gestation. Les cellules se montrent avec les mêmes variétés de forme que celles des éléments de la caduque vraie dans la grossesse utérine : cellules en aiguilles, cellules géantes, polyédriques, etc.; mais le processus est diffus et passager. Il s'y mêle d'ailleurs des apoplexies étendues de la muqueuse.

Ces apoplexies, qui sont un degré plus marqué de l'œdème hémorrhagique de la menstruation, mais qui, comme lui, reconnaissent pour cause un réflexe vaso-paralytique, constituent le mécanisme de la déhiscence partielle de la muqueuse, phénomène fréquemment observé dans la grossesse extra-utérine. La contraction spasmodique utérine en est le moteur premier, puisque c'est d'elle que dépend le trouble mécanique dans la circulation de la muqueuse. Ce phénomène est à rapprocher de l'exfoliation de la muqueuse dans l'endométrite pseudo-membraneuse.

Langhans (1) a décrit la muqueuse utérine dans un cas de grossesse ectopique, et la trouve comparable à la caduque de la qua-

(1) *Arch. f. Gyn.*, t. IX, p. 337.

torzième semaine de la grossesse normale ; elle est formée de trois couches : une supérieure compacte, exclusivement formée par la prolifération du stroma, et une profonde où se trouvent encore les extrémités fermées des glandes, notablement dilatées. La composition du stroma correspond absolument à la caduque normale ; on y trouve les grosses cellules et les noyaux. La seule différence consiste en la présence de petites cellules sphériques ou polyédriques de la grosseur d'un corpuscule lymphatique avec un noyau relativement gros, rangées en séries adhérentes entre elles.

Les vaisseaux sont divisés en deux couches, une superficielle et une profonde. La couche superficielle présente un réseau de capillaires de dimensions plus considérables qu'à l'état normal. La limite inférieure de cette zone est formée par des vaisseaux que Langhans désigne sous le nom de *veines intermédiaires*, six fois plus grosses que les supérieures, communiquant avec les fins capillaires de la couche superficielle par des branches perpendiculaires ou obliques.

La couche profonde ne contient que des vaisseaux de petit calibre ; point de rameaux d'un volume qui soit en rapport avec l'accroissement rapide du diamètre des veines intermédiaires. Au lieu de vaisseaux efférents augmentant progressivement du réseau superficiel vers la profondeur, il y a un appareil intermédiaire très développé dans l'épaisseur de la couche moyenne de la caduque.

4° Voyons maintenant la cellule utérine, stroma et vaisseaux dans la *gestation*.

Le stroma muqueux subit des transformations d'une extrême importance. Elles ont été étudiées avec soin dans le placenta des animaux, et c'est au moins singulier que pareille étude n'ait pas été poussée aussi complètement dans le placenta humain.

Le rôle de la cellule utérine se transforme entièrement.

Avant la conception, elle jouissait de propriétés plastiques déjà remarquables. Les travaux de Robin, Ruge, Léopold, Soutougin, etc., nous ont montré tout à l'heure comment ces éléments réguliers arrondis, de petit volume, se transforment, au moment de la menstruation, en des cellules volumineuses, polygonales, dans

lesquelles la masse protoplasmique s'entoure d'une zone fluide et transparente.

Les mêmes auteurs nous montrent les transformations plus caractéristiques encore, qui vont faire de cette cellule, rudimentaire à l'état de repos de la muqueuse, agrandie pendant la menstruation, un élément tout à fait spécial, la cellule géante (*Riesenzelle*), cellule déciduale de la grossesse.

Les formes de cet élément anatomique sont très variables ; certaines cellules sont polygonales, certaines autres sont nettement arrondies ou elliptiques. Certaines autres enfin s'allongent, prennent un aspect fusiforme (cellules en aiguilles), quelquefois terminées par deux ou trois prolongements à leurs extrémités.

Leur contour est nettement limité. Le protoplasma qu'elles renferment est formé par des blocs d'une substance très active, qui se colore vivement par les réactifs, homogène dans le plus grand nombre, et généralement disposée contre la paroi cellulaire. Très souvent, à côté de ces blocs protoplasmiques, on rencontre des groupes de petites cellules arrondies, d'une régularité parfaite, ayant parfois un aspect discoïde, et ressemblant, autant par leurs dimensions et leurs caractères extérieurs que par leurs réactions colorantes, aux cellules primitives du sang ou hématoblastes.

Si l'on suit progressivement, dans leur transformation, pendant les premiers jours de la gestation, ces éléments singuliers, comme l'ont fait Creighton dans le placenta du cochon d'Inde, Masquelin et Swann dans celui de la lapine, moi-même dans la caduque des premières semaines dans l'espèce humaine, on voit ceci : l'augmentation progressive de leur volume, l'accumulation dans leur cavité de matières protoplasmiques nouvelles, la multiplication nucléaire intense que subit cette matière protoplasmique, entraînent, à un moment donné, la rupture d'un grand nombre de ces cellules, et leur ouverture les unes dans les autres. De telle sorte qu'on observe, dans certains endroits, des lacunes remplies de noyaux et d'un fluide amorphe, lacunes dans lesquelles viennent s'aboucher des cellules persistant dans leur forme allongée, et anastomosées entre elles à la façon d'un réseau capillaire.

En un mot, la conception simple qui ressort de ces faits est que le travail plastique qui s'opère, avant tout et principalement dans la muqueuse utérine, est un travail destiné à créer tout un

système nouveau d'irrigation. Les cellules géantes deviennent des *cellules vaso-formatives*, limitant des cavités anfractueuses et lacunaires, leur protoplasme réduit à une substance nucléaire spéciale donnant très vraisemblablement naissance à des corpuscules élémentaires du sang.

Dans ces lacunes viennent s'ouvrir, non seulement des cellules voisines qui finissent par se fondre dans la cavité commune, mais les capillaires avoisinants qui, dépourvus d'appui, s'ouvrent dans ce nouveau système. De telle sorte que la communication est directe entre l'ancien réseau vasculaire de la muqueuse et le système lacunaire de nouvelle formation.

Les éléments plastiques contenus dans ce système ont sans doute une double origine, le protoplasma nucléaire des cellules (hématoblastes rudimentaires), et les éléments sanguins adultes issus des vaisseaux. C'est au moins la conclusion à laquelle mes recherches m'ont conduit.

Les parois de ce système lacunaire sont uniquement constituées par des cellules déciduales, et il n'y existe aucun endothélium, ni membrane limitante, sinon la paroi mince de ces cellules ; c'est dans ces lacunes que viennent plonger les villosités.

La description qui précède est appuyée d'autre part par ce fait, que, chez certains animaux, le placenta est uniquement constitué par un système lacunaire (animaux à placenta discoïde) régulièrement disposé, et dont on suit très aisément la formation.

On voit des cellules déciduales s'allonger et prendre la forme en aiguille, se raccorder avec d'autres cellules sans se déformer, sous des angles variés, et une fois cet abouchement opéré, constituer ainsi un véritable système capillaire.

Il était intéressant de montrer sous ce jour nouveau et plus précis le rôle fondamental et essentiel de la muqueuse utérine.

Lorsque la transformation des cellules déciduales a créé un terrain approprié pour la nutrition des radicules choriales, on peut dire que la portion maternelle du placenta est transformée en un *grand système lacunaire*, relié par des capillaires qui s'alimentent, pour la partie liquide aux dépens du sang, et pour la partie plastique aux dépens des cellules déciduales devenues vaso-formatrices et hématoblastiques.

Le système lacunaire varie dans ses dimensions, suivant la

région placentaire qu'il occupe. Les *grandes lacunes* occupent la partie centrale du placenta ; les *petites lacunes* sont disséminées dans toute l'étendue de l'organe.

Au point de vue de leur origine, nous venons d'exprimer nettement notre opinion basée sur des faits expérimentaux et des recherches histologiques.

Nous devons rappeler cependant que pour Robin, les lacunes se forment aux dépens des capillaires dilatés, tandis que pour Kölliker, Weber, Virchow, elles résultent de la destruction de ces mêmes capillaires.

En réalité, il n'y a pas de capillaires dans le placenta.

Vaisseaux de la muqueuse. Leurs transformations.

Ce que nous venons de dire de l'histoire et du rôle de la cellule déciduale nous fait bien comprendre que les transformations des vaisseaux maternels sont réduites à des proportions minimes. Si le système lacunaire était dû à une transformation des vaisseaux capillaires maternels, il faudrait admettre une dilatation quasi-subite de ces vaisseaux, analogue à ce qui se voit dans les faux tissus érectiles ; encore le principal élément nous ferait-il défaut, c'est-à-dire l'appareil musculaire que l'on rencontre dans tous les tissus caverneux. D'un autre côté, une transformation quelconque, faite aux dépens des vaisseaux préexistants, comme on peut l'observer dans certains néoplasmes télangiectasiques, n'eût pu s'opérer dans une limite de temps assez courte pour subvenir aux besoins de la nutrition de l'œuf.

Tout se borne donc, pour les vaisseaux de la muqueuse, à entrer en communication directe avec des cavités préalablement constituées. Il en résulte la disparition d'une grande partie des capillaires sanguins, au profit de la multiplication des lacunes. Il est à remarquer, d'ailleurs, qu'on n'observe point, à la surface utérine du placenta, la trace de la pénétration de rameaux sanguins volumineux. Les artères et les veines utéro-placentaires, qui sont en somme les troncs et les réseaux que nous avons préalablement reconnus dans la muqueuse utérine normale, n'ont point changé de disposition et forment encore dans la lame

basale de Winckler, qui limite le placenta du côté de l'utérus, le réseau profond interposé entre la muqueuse et la couche musculaire. Or, c'est au niveau de ce réseau que se fait la séparation du placenta.

A la période ultérieure du développement de l'œuf, le système lacunaire, aussi bien que le système artério-veineux maternel, subissent une réduction de plus en plus accentuée au fur et à mesure que l'appareil vasculaire appartenant au fœtus prend de l'importance.

Au début de la formation placentaire, nous avons vu le territoire plastique de la muqueuse envahi par l'élément vasculaire, qu'il contribue à former et à augmenter par son activité incessante. A la fin de la grossesse, ce territoire maternel est envahi à son tour par le développement des dépendances vasculaires du fœtus, c'est-à-dire les villosités et les vaisseaux qu'elles contiennent. Il arrive un moment où les éléments plastiques (cellules déciduales), aussi bien que les éléments lacunaires du placenta, amoindris et comprimés, sont insuffisants pour la nutrition du fœtus. Le cœur fœtal a, grâce à l'énergie de son impulsion, gagné, par un effort d'expansion excentrique, sur la portion maternelle du placenta, qui n'est irriguée que par des vaisseaux de petit volume.

Pénétration réciproque du placenta fœtal et du placenta maternel.

C'est ici que nous retrouvons les modifications subies par la couche épithéliale et glandulaire.

Le problème se résume dans ce fait, que l'extrémité de l'élément fœtal, la *villosité*, se trouve en contact avec la couche épithéliale transformée, les orifices glandulaires, et les espaces pleins qui séparent ces orifices.

D'après Turner et Ercolani, les glandes deviendraient le réceptacle des villosités. D'après d'autres auteurs (Planteau) (chez la vache, la jument, la girafe), les orifices s'agrandiraient pour former de vastes cupules, où se logeraient les villosités placentaires ; pour d'autres, enfin, la cavité glandulaire échapperait à la pénétration de la villosité, qui aborderait la muqueuse par les

espaces inter-glandulaires. Le fait certain, c'est que la villosité vient se mettre en contact avec la couche épithéliale ; le reste a peu d'intérêt et peu importe qu'elle pénètre ou ne pénètre pas les glandes.

L'opinion d'Ercolani prend une certaine importance en apparence, si l'on accepte, avec cet auteur, que les touffes du chorion s'alimentent aux dépens d'éléments spéciaux produits par la sécrétion des cellules glandulaires et la multiplication des noyaux de ces cellules (lait utérin). En réalité, il suffit de réfléchir que l'épithélium est le même dans la cavité de la glande et à la surface de la muqueuse, et que cette muqueuse se hérisse de saillies et de replis, dès que l'ovule arrive à son contact (nidification), pour comprendre que les cellules qui la revêtent sont en quelque sorte transformées en cellules sécrétantes, chacune des anfractuosités de la muqueuse représentant des cupules épithéliales de nouvelle formation.

La seule notion importante est que les villosités du chorion se terminent tantôt dans les tissus lacunaires, tantôt au sein d'une masse cellulaire. La plupart d'entre elles, quelle que soit leur terminaison, traversent les lacs sanguins. Il n'y a jamais communication directe entre le système circulatoire fœtal représenté par les villosités, et le système circulatoire maternel représenté par les lacunes ou lacs sanguins. De là, pour certains auteurs, un *rôle double* pour le placenta : rôle nutritif dans la portion intra-déciduale des villosités, rôle respiratoire dans leur portion intra-lacunaire.

Ce raisonnement ne serait pas applicable à des glandes acineuses, comme celles du col utérin, par exemple ; mais il ne faut pas oublier que les glandes de la muqueuse du corps de l'utérus sont de simples dépressions tubulaires, de simples invaginations de l'épithélium de revêtement.

Quoi qu'il en soit, que deviennent ces cellules épithéliales ? Sont-elles destinées à coiffer l'extrémité de la villosité d'une seconde gaine, de la même façon que la paroi des lacs sanguins eux-mêmes les coifferait d'une troisième gaine suivant quelques auteurs ? ou bien subissent-elles des transformations qui les font évoluer à la façon des cellules profondes du derme muqueux ? La première hypothèse est inacceptable. D'abord, parce qu'en

réalité les villosités ne possèdent qu'une gaine cellulaire choriale inhérente à leur texture même, et indispensable à leur fonctionnement de radicule nutritive. Puis ensuite, parce qu'on ne retrouve nulle part cette couche continue de cellules cubiques, vestiges de l'ancien épithélium.

La seconde hypothèse est beaucoup plus probable. Les éléments épithéliaux superficiels se débarrassent de leur enveloppe caduque, et il ne reste que le noyau.

Les cellules intraglandulaires prolifèrent, et prennent l'aspect des cellules propres de la muqueuse (cellules déciduales). On y retrouve les mêmes formes, les mêmes masses protoplasmiques, les mêmes éléments nucléaires, et probablement aussi la même transformation caverneuse. Cette étude n'a pu être faite que chez les petits animaux, où la pénétration des villosités dans la muqueuse est rudimentaire, et où la communication entre les deux placentas se fait par l'intermédiaire d'un organe interposé. Dans ces cas, les glandes conservent leurs limites. Elles se déforment simplement sous l'influence de l'accumulation des éléments cellulaires.

Dans l'espèce humaine, passé les premières semaines, on ne retrouve plus de vestiges de glandes dans l'épaisseur du placenta. Seuls, les culs-de-sac persistent dans la partie profonde, appuyés directement sur la couche musculaire. Quant aux tubes eux-mêmes, on les a vus, sur des caduques d'avortement, distendus, déformés, envahis par des éléments sanguins, etc... Mais au-delà des premiers temps, on n'en a point retrouvé trace. Il est possible que l'étalement en surface de la muqueuse, qui accompagne son hypertrophie, s'opère en partie aux dépens des cavités glandulaires, d'où la déformation et la disparition apparente de ces éléments.

Phénomènes qui amènent la déhiscence de la caduque. Desquamation de la muqueuse utérine.

Tandis que le fœtus arrive à sa maturité, et que son individualité se dégage de plus en plus, en devenant indépendante de l'organisme maternel, les connexions de l'œuf avec la matrice subissent des modifications profondes et progressives.

Il se fait, dans l'épaisseur de la caduque et dans la zone la plus rapprochée de la surface musculaire, une raréfaction des éléments vitaux, en même temps qu'une dégénérescence des tissus. C'est comme une ligne de démarcation, qui va dessiner par avance la limite de séparation entre la portion déhiscente de la caduque et la portion qui reste adhérente. Les caractères normaux de cette zone de déhiscence sont constitués par la dégénérescence granulo-graisseuse des cellules, l'occlusion partielle des vaisseaux, et l'aspect aréolaire lâche du tissu. Léopold a surtout bien étudié, après Friedlander, le processus d'oblitération des vaisseaux. Il a montré qu'il dépend de la pénétration des cellules géantes dans la lumière même de ces vaisseaux. Ce serait, d'après lui, un véritable envahissement de l'appareil circulatoire, par les éléments plastiques du placenta maternel.

Le difficile est d'interpréter le mécanisme étiologique de ce processus. Il est probable qu'il est dû à des causes multiples. D'une part, la lutte entre le contenant et le contenu, qui s'opère dans la dernière période de la gestation, et qui s'accuse par un redoublement de l'effort contractile indolore de la matrice, au fur et à mesure de sa distension, doit entraîner une anémie relative du placenta, en raison de l'occlusion incomplète mais répétée des affluents vasculaires qui traversent la couche musculaire sans pénétrer la muqueuse. D'autre part, on ne saurait méconnaître qu'avec le temps, le système circulatoire du fœtus acquiert une prépondérance réelle sur la tension sanguine des vaisseaux placentaires. La place que se font, de jour en jour, les villosités choriales devient plus importante et tend à annihiler, par refoulement, l'ensemble de l'appareil placentaire maternel. D'où dépérissement, dégénérescence et raréfaction de ce dernier, jusque dans la zone où ne pénètrent même plus les villosités (zone de déhiscence).

Il se passe ici, par conséquent, quelque chose d'analogue à ce que l'on observe dans la portion adhérente du pédicule des fruits mûrs et prêts à tomber.

L'opinion de Creighton, de Masquelin et de Schwann (*Arch. de Van Beneden*, 1879), que la cellule déciduale, chez les rongeurs,

sert à l'hématopoièse, a été reprise par divers auteurs. Laulanié (1), dans différents travaux, a reproduit l'idée maîtresse du mémoire des auteurs belges et anglais. Dans un mémoire inséré au *Journal d'histoire naturelle de Bordeaux*, 30 avril 1885, p. 51) il écrivait : « L'organe placentaire du cobaye est creusé d'un réseau capillaire sanguin absolument dépourvu d'endothélium. Les hématies touchent directement au protoplasma, fait qui n'a d'analogue que dans les cellules vaso-formatrices, où l'on voit se former de toutes pièces les globules du sang. »

Frommel (2), chez les souris, conclut à la fonction hématopoiétique de la cellule déciduale du placenta maternel. A l'aide d'une méthode spéciale de coloration des corpuscules sanguins (indigo, carmin boraté, acide oxalique), qui leur donne une teinte verte, il caractérise, au début de leur formation, les hématoblastes résultant de la fragmentation du protoplasma des cellules géantes de la muqueuse utérine. Ces éléments arrondis, non nucléés, se retrouvent à l'état d'hématies parfaites dans les sinus placentaires. Dans des conditions un peu différentes se forment aussi des globules sanguins nucléés.

Duval (3) vient contredire à toute la théorie en rapportant à *l'ectoderme* de l'embryon le rôle attribué au tissu maternel. Les cellules géantes à espace clair appartiennent au placenta fœtal et se mettent directement en rapport avec les lacs sanguins maternels. Clivio, dans son étude (sur la lapine) concorde avec Duval. Une doctrine intermédiaire, celle de Masius (4), tout en accordant la prééminence du rôle de l'ectoderme fœtal, accepte la formation de trouées lacunaires développées au sein du derme utérin et analogues aux cavités hématoblastiques de Masquelin et Schwan. Le travail si étudié et si abondamment pourvu de faits, dans lequel Duval renverse bien des idées envisagées avec faveur sinon acceptées réellement, donne beaucoup à réfléchir. Sans doute il est difficile de soutenir encore, après ses descriptions précises et

(1) Laulanié. I. *Soc. de Biologie*, 21 fév. 1885. — II. Sur le processus vaso-formatif qui préside à l'édification de la zone fonctionnelle du placenta maternel chez le cobaye, 20 nov. 1886.

(2) Richard Frommel. *Aerzt. Intell. Blatt. Münich. Med. Woch.*, 1883, t. XXX, p. 310.

(3) Duval. *Placenta des rongeurs*, Paris, 1893.

(4) Masius. *Genèse du placenta chez le lapin. Arch. de Biologie*, 1889.

ses critiques rigoureuses, l'ensemble de la doctrine d'Ercolani, et pour ma part je n'y tiens pas autrement. Tout au plus serait-elle acceptable avec une interprétation nouvelle qui montrerait le fameux lait placentaire non plus comme une sécrétion glandulaire, mais comme un liquide albuminoïde absorbable directement par le chorion. Creighton a observé sur le cobaye ce qu'Ercolani dit avoir vu chez le rat et chez le lapin, à savoir qu'en divers points de la portion fœtale, les cellules périvasculaires se transforment en se fondant en une sorte d'humeur muqueuse qui est absorbée par les villosités fœtales, de sorte qu'on peut conserver l'expression *d'organe glandulaire* pour le placenta (1).

Mais ce qui a trait à l'hématopoièse et amène à la réalité de la formation du système des lacunes sangui-maternelles au sein des cellules déciduales géantes, au moins dans l'espèce humaine, me paraît conserver quelque solidité. D'abord il y a concordance d'opinion entre de nombreux auteurs, nous venons de le voir. Ensuite les mêmes apparences se voient dans les fausses caduques de la grossesse extra-utérine. Enfin dans une caduque étudiée par moi, éliminée au cours de la grossesse, intacte, et sans connexions avec l'œuf, les phénomènes apparents de l'hématopoièse existaient.

Voici une citation de ce cas qui remonte à 1832 (2). « Thèse de Landa. »

Le lambeau de caduque qu'il nous a été donné d'examiner, d'une forme à peu près rectangulaire, est d'environ 9 centimètres de long sur 4 centimètres de large; son épaisseur va en diminuant de l'une à l'autre de ses extrémités, de telle façon qu'elle a de 7 à 8 millimètres au maximum dans sa partie la plus épaisse, et qu'elle n'est que de 2 à 3 millimètres dans son extrémité la plus amincie.

Sa consistance est molle, comme gélatineuse. L'une de ses surfaces est lisse, brillante, légèrement et uniformément grenue; le tissu qui la constitue est dense et présente bien les caractères

(1) Ercolani. Trad. de Duval, p. 597 de son *Mémoire sur le placenta des rongeurs.*

(2) Dolléris. Th. de Landa. Avril 1883, p. 22-23 et suiv.

de la surface interne de la caduque ; on devine plutôt qu'on n'aperçoit nettement les orifices glandulaires très rétrécis.

L'autre surface est irrégulière, feutrée et présente un aspect villo-tomenteux très prononcé ; c'est la surface profonde.

La coloration de la membrane est d'un gris rosé, pâle, dans toute son étendue, un peu plus coloré sur la surface adhérente ; ce qui tient évidemment à ce qu'il y a un certain degré d'infiltration sanguine.

La pièce a été traitée par l'immersion d'abord dans l'acide picrique, et puis dans une solution de gomme, et enfin par l'alcool absolu. Des coupes ont été pratiquées sur les parties les plus épaisses et sur les plus minces, de la façon suivante : premièrement perpendiculairement à la surface, deuxièmement parallèlement à la surface.

Coupes perpendiculaires à la surface. — La tranche de la coupe vue à un grossissement très faible, objectif n° 3 de Verick, oculaire n° 1, ne laisse apercevoir aucun point qui paraisse avoir été le siège d'une apoplexie sanguine véritable ; on voit, au contraire, que partout où existent les éléments du sang ils sont renfermés dans des cavités nettement limitées.

La trame est constituée d'une façon générale par deux espèces de tissu, l'un représenté par la coupe longitudinale des conduits glandulaires rétrécis à leur embouchure et considérablement renflés à leurs parties moyenne et profonde, au point qu'ils occupent environ la moitié de l'étendue de la coupe ; l'autre est représenté par le stroma et les vaisseaux.

Le tissu interglandulaire, qui manque par places, de telle sorte qu'il n'est plus représenté que par des espèces de lacunes, à parois irrégulières, est coloré légèrement en jaune dans les parties où il existe.

Le stroma est coloré en rouge plus ou moins vif, suivant l'âge et l'abondance des cellules de la caduque.

Coupes parallèles à la surface. — En pratiquant des coupes parallèles à la surface, de la superficie vers la profondeur de la caduque, on constate ceci :

Dans la partie superficielle, les cellules spéciales ont acquis des dimensions déjà considérables ; un grand nombre d'entre elles

sont infiltrées de pigment sanguin, légèrement décoloré qui occupe leur centre.

Les *canaux glandulaires* sont extrêmement rétrécis et dépouillés de leur épithélium intérieur.

Ils sont remplis par une substance dense, d'aspect blanchâtre, qu'il est facile de reconnaître à un fort grossissement, pour des éléments du sang très peu déformés mais fort décolorés, et nullement teintés, par le carmin ; sur d'autres préparations traitées par une solution d'éosine, cette substance qui colore fortement le tissu ambiant, les teinte à peine en rose très clair.

On peut voir en outre que ces corpuscules sont reliés par un très fin reticulum incolore, et qu'il s'y trouve mélangé, en assez grande quantité, des cellules lymphoïdes, un peu plus foncées que les autres, granuleuses et assez régulièrement arrondies ou elliptiques et d'un volume triple au moins de celui des précédentes.

Les parois des glandes sont constituées par des grandes cellules conjonctives, affectant la forme en fuseau, dans le voisinage immédiat de la cavité, et dérivant, sans conteste, de la transformation des grandes cellules de la caduque. On voit, dans presque toutes les cavités glandulaires, un certain nombre des éléments de la paroi pénétrer la lumière du conduit et donner lieu, par leur prolifération au sein même de la glande, à de véritables thrombus organisés, qui se détachent sur la coupe par leur coloration rouge carmin.

Ces thrombus sont formés de cellules de dimensions variables, avec un noyau généralement volumineux, quelquefois multiple, et par de véritables faisceaux de tissu conjonctif adulte, ondulé, en voie d'organisation.

Le stroma qui constitue la majeure partie du tissu est formé par des cellules géantes à gros noyau, à contenu granuleux, infiltré de substance muqueuse dans la partie opposée aux noyaux, ce qui lui donne l'aspect caractéristique si bien décrit par Robin le premier.

Dans l'intervalle des cellules, se voit une notable proportion de substance colloïde, au sein de laquelle se rencontrent des globules graisseux, de volume variable, des fines granulations incolores ; mais surtout et à un degré extrême dans les parties les plus

vasculaires, on voit une infiltration d'énormes granulations noirâtres parsemant le tissu et provenant, sans aucun doute, de la substance colorante du sang plus ou moins transformée.

On y rencontre, encore, une quantité variable de cellules petites ayant à peu près les dimensions d'un globule rouge ou un peu moins, parfaitement arrondies, à contour net, se colorant vivement comme la substance nucléaire des cellules géantes, et provenant de la segmentation de celles-ci, ce qui démontre l'existence d'éléments semblables dans l'intérieur même des cellules géantes.

Quelques-uns de ces éléments sont légèrement elliptiques ; on en rencontre çà et là qui possèdent un petit noyau rouge vif à leur centre.

Nous avons là des cellules qui offrent une grande ressemblance avec les éléments dits corpuscules nucléés du sang. Leur protoplasma est homogène. A côté de ces corpuscules, également répandus dans le stroma, mais en plus petite quantité, on voit des éléments lymphoïdes granuleux, identiques à ceux contenus dans les glandes.

Les vaisseaux se présentent selon leur coupe transversale ; la plupart d'entre eux ont leur lumière oblitérée par un coagulum où les éléments du sang ne sont plus reconnaissables ; leur paroi distendue par leur contenu n'est nullement plissée, elle est peu modifiée dans sa structure.

L'endothélium est intact, seulement la tunique la plus externe semble avoir subi une hyperplasie dans ses éléments conjonctifs qui finissent par se confondre par leur volume avec les éléments du tissu environnant.

Dans quelques-uns des plus petits capillaires, on aperçoit un réticulum très légèrement coloré en rose.

Certains autres sont complètement remplis de corpuscules incolores, parfaitement arrondis, non déformés, et à leur centre se voient une ou deux masses protoplasmiques vivement colorées. La plupart des cellules géantes voisines de la surface contiennent, comme les plus superficielles, dans leur intérieur et autour des noyaux, un certain nombre de corpuscules très transparents, très arrondis, à reflets jaune clair.

En résumé les phénomènes frappants sont :

1° Dans la zone superficielle, l'oblitération de la plupart des vaisseaux, le rétrécissement extrême de l'embouchure des glandes et la réplétion de celles-ci par des éléments décolorés du sang.

2° A la partie moyenne, les glandes sont dilatées et remplies des mêmes éléments qu'à leur embouchure. On y remarque, aussi, des cellules du stroma en voie de multiplication. Autour de leurs parois rampent de nombreux vaisseaux.

Le tissu interglandulaire est constitué par des cellules géantes, de dimensions variables, ayant presque toutes subi la dégénérescence colloïde en un point quelconque de leur protoplasma et contenant un ou plusieurs gros noyaux ; quelques-unes sont homogènes et leur protoplasma uniformément coloré ne montre pas trace de noyau.

Dans toute l'étendue du stroma, aussi bien à la surface de la muqueuse qu'à la zone moyenne, on peut constater qu'un grand nombre de corpuscules sanguins sont répandus entre les éléments figurés.

Ils ont exactement la même apparence que ceux qui sont renfermés dans les vaisseaux et les conduits glandulaires ectasiés.

3° Dans la zone profonde, les mêmes caractères que les précédents apparaissent.

On y peut remarquer, en outre, une abondance beaucoup plus considérable des éléments du sang extravasés, qui se sont en certains points logés dans des espaces qui paraissent bien être des lacunes lymphatiques, et en d'autres points forment une infiltration dense où leur forme ne se reconnaît plus guère. Il n'est pas douteux qu'en ces points, comme à la surface, il se soit fait une infiltration lente des corpuscules sanguins.

Ici comme là, les vaisseaux sont oblitérés par des thrombus en voie d'organisation.

La conséquence de ce phénomène a été sans doute la cause des apoplexies beaucoup plus marquées à la couche profonde, que nous décrivons en ce moment ; et ces apoplexies représentent le processus de séparation qui a libéré le lambeau de caduque de son adhérence à la paroi utérine.

Sécrétions utérines.

Les auteurs qui ont envisagé cette question l'ont beaucoup compliquée en y introduisant des éléments étrangers à l'observation de l'état normal. La plupart du temps, on a envisagé la sécrétion utérine dans ce mélange altéré et d'ailleurs complexe qui s'amasse au fond du vagin et qui est particulièrement abondant en cas de trouble pathologique.

Barnes (1) décrit trois variétés de mucus utérin. Le premier, produit par les glandes de la muqueuse du corps et par les trompes, est un liquide blanchâtre, alcalin, contenant des cellules épithéliales ciliées, à l'expulsion duquel il rapporte les coliques utérines. Ce liquide serait particulièrement abondant chez les femmes âgées. Le deuxième produit est le mucus glaireux, transparent, visqueux et filant, très alcalin, produit par les follicules du col. Le troisième enfin est une sorte de sérum sécrété par la face interne du col, les lèvres et le cul-de-sac du vagin. Sa réaction est acide, etc.

Becquerel (2) avait envisagé surtout les sécrétions altérées et trouvé quatre espèces qu'il analyse et décrit. Sauf la dernière variété, les autres ressemblent singulièrement à celles de Barnes.

Quelques auteurs, Hottenier (3), Ménière (4), ont ajouté quelques notions intéressantes aux études anciennes.

En réalité, le progrès dans la connaissance des éléments microbiologiques a singulièrement éclairé cette question des sécrétions utérines.

1° Corps de l'utérus.

Si on se reporte à la façon dont j'ai présenté et conduit la description anatomique de la muqueuse utérine et de son évolution physiologique, on peut déjà en déduire une conclusion : c'est que

(1) Barnes. Traité clinique des mal. des femmes, 1876, p. 54.
(2) Becquerel. Traité clinique des mal. de l'utérus, t. 1, p. 171.
(3) Hottenier. Société de biologie, 29 mars 1879.
(4) Ménière 1885. (Doin). *Journal des connaissances médicales*, juin 1885.

la muqueuse du corps étant un simple filtre à diverticules nombreux, mais simples également, est tapissée d'une couche unique d'épithélium cylindrique, clair et de petit volume; qu'en outre, cette surface est desservie par un appareil vasculaire spécialement disposé. La seule sécrétion qui lui soit propre, en dehors de la sécrétion sanguine périodique des menstrues, est la filtration ou plutôt une exhalation insignifiante de sérosité sanguine, véritable réduction de l'hémorrhagie menstruelle. Elle est, à l'état normal, suffisante tout au plus pour entretenir humide la cavité utérine.

Cette sérosité on ne la peut pas reconnaître ou distinguer à l'examen par le spéculum, et il est vraiment singulier que des auteurs la décrivent avec des prétentions à quelque précision. Dans des cas pathologiques, il n'est pas douteux que cette filtration est abondante à l'excès ; et que ce caractère même ainsi que le nom *d'hydrorrhée* qui lui sont attribués justifient pleinement la nature et l'origine que je lui assigne. Elle est en effet peu dense, claire, limpide, aqueuse en un mot, comme de la sérosité pure.

A l'état normal, je le répète, cette sérosité est nulle ou à peu près. Parfois, chez les jeunes filles, et chez les femmes anémiques si particulièrement prédisposées, le flux menstruel est remplacé par une *hydrorrhée passagère* : menstrues incolores, *règles blanches*, en dehors du moment périodique des règles. Sur les utérus qui sont enlevés par l'hystérectomie et dont la muqueuse est restée plus ou moins indemne d'altération, on a beau râcler la surface de cette muqueuse, on n'y trouve guère trace d'une sécrétion quelconque.

C'est à peine si, par le raclage, on obtient un suc lactescent composé presque exclusivement de cellules épithéliales caduques.

Il arrive, dans certains cas, que l'on peut être induit en erreur sur l'origine du mucus renfermé dans la cavité du corps. Ainsi, lorsqu'il existe une rétroversion utérine liée à un certain degré d'atonie de l'organe, le mucus d'origine cervicale, obéissant à la déclivité en sens inverse de la normale, descend et s'amasse dans le fond de l'utérus. Et lorsqu'avec la sonde utérine, on pratique le redressement, on voit s'écouler un flot de liquide filant, souvent altéré, et d'aspect louche, dont le séjour prolongé au contact de la muqueuse du fond de l'utérus, explique les altérations morbi-

des des tissus sous-jacents, révélées par la sensibilité douloureuse de cette région de l'organe.

Même dans une situation normale, la cavité corporéale peut être envahie par le reflux du mucus cervical lorsqu'il existe une atrésie quelconque du conduit du col, et c'est parfois le signal de reprises aiguës d'endométrite et d'endo-salpingite. Dans les cas assez rares où il m'a été donné d'observer un liquide paraissant provenir de la cavité du corps de l'utérus, la trompe malade en était l'origine manifeste ainsi que l'exploration directe ou l'opération ultérieure l'ont démontré.

La réaction du mucus du corps est très fortement alcaline comme le sérum lui-même, et l'on verra que celui du col ne l'est pas moins, bien qu'élaboré par un mécanisme véritable de secrétion.

Le *mécanisme* de la filtration du sérum à travers l'épithélium utérin, dans la muqueuse du corps, est dépendant de l'agencement si particulier des capillaires de la muqueuse, au regard de la pression sanguine mesurée par l'état de simple tonus ou de contraction véritable des parois musculaires de la matrice. Dans le premier état (tonus), l'exhalation est insignifiante. Dans le second (contraction), le premier phénomène paraît être l'hémorrhagie, suivie par une phase de filtration séreuse qui représente le type normal de cette secrétion.

Il n'existe aucune expérience physiologique qui permette d'apprécier le rôle des réflexes dans l'exagération ou la suspension de cette exhalation séreuse. Cliniquement, le phénomène normal se transforme ; et c'est par l'apparition inopinée, l'exagération, la diminution ou la suppression brusque de l'écoulement de sang véritable et non de sérosité, que se révèle l'action des réflexes sécrétoires que je crois dépendants surtout des réflexes moteurs et névro-vasculaires (1).

L'aménorrhée et la métrorrhagie proviennent de ces dérangements temporaires ou durables de l'harmonie vaso-motrice de l'utérus.

(1) L'écoulement séreux abondant de l'*hydrorrhée pathologique* a une autre cause. Il tire sa source d'une altération profonde de la muqueuse utérine dont les éléments cellulaires sont transformés ou déviés de leur structure normale.

Dans le col, les réflexes sécrétoires sont autrement caractérisés.

Je ne pense pas qu'il y ait grand avantage à répéter ici ce qui est courant sur la composition chimique ou histologique du fluide sécrété par l'utérus.

L'étude que j'ai introduite plus haut sur la constitution même de la muqueuse, sur son rôle plastique et plasmo-formateur, résume le côté utile et pratique de la question.

2° Col de l'utérus.

La sécrétion propre au col est un mucus filant, clair, incolore et transparent. Elle est fournie, comme toutes les sécrétions analogues, par les cellules caliciformes des utricules cervicaux. Sa réaction est très fortement alcaline. Sa pureté doit être absolue à l'état parfaitement normal, c'est-à-dire qu'il n'est pas admissible que des micro-organismes y végètent d'ordinaire comme ils le font dans les cavités dont le revêtement muqueux est sans action défensive propre. C'est ainsi que, tandis que la desquamation épithéliale unie au fluide rare exhalé par la muqueuse du vagin recèlent des germes saprophytes, végétant à la surface de cette muqueuse, il suffit du simple effort sécrétoire et de l'excrétion active qui débarrasse continuellement les matières sécrétées, pour protéger la cavité cervicale contre l'envahissement de ces germes. C'est du moins ainsi que l'on peut théoriquement expliquer un fait clinique de première importance, à savoir la longue résistance de l'endométrium cervical à une foule de processus infectieux d'ordre général, qui ne réussissent à s'introduire dans le col qu'à la longue, lorsque les cellules elles-mêmes sont affaiblies dans leur action vitale. Au contraire, le gonocoque franchit vite cette limite pour s'attaquer aux cellules de l'utérus.

Ce mucus n'en sert pas moins de milieu de culture, dans certains cas, à des germes pathogènes sans qu'on puisse en déduire que les cellules sécrétantes soient atteintes. C'est la gouttelette la plus extérieure qui est ainsi altérée, opaque et louche, tandis que celles qui la suivent apparaissent limpides et transparentes. Ceci n'est point une règle que je veuille établir, mais simplement

une remarque qui a son utilité, au point de vue de la résistance du col à l'infection, tout en recommandant dans la pratique de ne s'en rapporter jamais qu'à un examen minutieux.

Lorsque la glaire cervicale est abondante, les femmes accusent des *pertes blanches* (leucorrhée). Ce terme ne doit pas impliquer nécessairement l'idée de métrite. Il en est de l'appareil sécrétoire du col comme de bien d'autres. Il obéit à des lois très variées. Des causes physiologiques passagères, comme l'approche ou la fin du molimen menstruel, exagèrent la leucorrhée ou rendent apparentes des pertes méconnues en dehors de ce moment. Elles durent vingt-quatre ou quarante-huit heures d'ordinaire.

L'excitation sexuelle fait sécréter le col, ou, du moins, on peut dire que l'appétit vénérien se traduit assez souvent par la sécrétion d'un flot de mucus cervical. Cette évacuation ne doit pas être sans utilité sur la fécondation, soit qu'elle rende libre l'accès du conduit cervical, soit que le mucus très alcalin doive servir d'excipient au liquide spermatique. Les habitudes d'intempérance chez des femmes passionnées ou chez des professionnelles créent parfois un état de sécrétion permanente exagérée. Il n'est pas rare non plus de voir l'inverse, et chez ces femmes le col devient volumineux, tuméfié, la sécrétion restant rare ou nulle.

Chez certaines femmes, surtout chez les jeunes filles lymphatiques, à menstruation irrégulière ou défectueuse, la leucorrhée est parfois assez abondante pour devenir un véritable trouble. Quelle est la cause de cet écoulement ? A vrai dire, rien ne démontre là les éléments de la métrite cervicale, et tout paraît tenir à la *dyscrasie spéciale* du sujet avec élection particulière d'un émonctoire au niveau du col.

Chez les filles chlorotiques, dont la dyscrasie est autrement complexe, la leucorrhée est parfois excessive, sans trace de phlegmasie quelconque au col.

Chez des femmes affectées d'une constitution arthritique, le mucus est quelquefois épais, concret, d'apparence cérumineuse. Cette consistance anormale est due à l'abondance des éléments solides, épithélium, globules, par rapport aux éléments liquides, et au long séjour dans les utricules.

Ces cols sont généralement atones, paresseux, peu contractiles.

Pour terminer, il faut dire que, dans certains cas de congestion passive habituelle du col, chez les femmes débiles, chez les névropathes, chez certaines femmes enceintes, il s'écoule de la surface utérine du col, surtout si elle est ectropionnée, du sang véritable, et cela spontanément, ou au moment du coït, ou par le moindre contact. Ces faits se rapportent à de prétendues cervicites fongueuses, qui n'ont du reste que l'apparence de l'inflammation du col, et nullement sa disposition histologique.

La réaction naturellement *alcaline* du mucus cervical se transforme souvent en une réaction acide ou neutre par son mélange avec les sécrétions adultérées du vagin. Il faut donc prendre des précautions pour l'expertise microbiologique.

Il peut arriver encore que, même dans la cavité cervicale, à plus forte raison quand il a reflué dans la cavité du corps, le mucus normalement alcalin devienne neutre ou acide, alors qu'il recèle des germes microbiens qui sont en même temps des agents de fermentation.

Nombre de germes sont capables de produire ce résultat.

Ce serait une erreur de conclure, comme le voulait faire Martineau, de l'acidité des sécrétions utérines à la présence du gonocoque et au caractère spécifique infectant de ces sécrétions.

Mécanisme. — Le mécanisme de la sécrétion de la muqueuse cervicale est simple, puisqu'elle provient d'un épithélium caliciforme, essentiellement mucipare.

La *vascularité excessive* du col utérin explique la possibilité d'une sécrétion abondante en des circonstances où une sorte d'érectilité s'empare de l'appareil génital.

L'*orgasme* vénérien, les *excitations* prolongées, portant sur le moral, ou même les excitations physiques, qu'elles soient dirigées sur les organes sensibles, directement ou indirectement (machine à coudre, etc.), semblent augmenter la sécrétion cervicale, par le mécanisme de l'hyperémie congestive.

La débilité constitutionnelle, le tempérament arthritique (ancien herpétisme), accroissent certainement la sécrétion cervicale par un mécanisme difficile à démontrer positivement, mais le fait n'en est pas moins consacré par la tradition médicale et l'observation de tous les jours.

Ce serait l'analogue d'un phénomène éruptif, d'un *exanthème vicarié*, portant sur une muqueuse très vasculaire et vouée à des congestions faciles et dites périodiques. Je me suis efforcé ailleurs de montrer que l'aspect pathologique de la muqueuse et sa conséquence presque nécessaire, la leucorrhée, sont, dans ce cas, indépendants de toute inflammation vraie ; que, chez les enfants et les fillettes débiles, il ne fallait y voir que la manifestation locale d'un état dyscrasique.

Tous les états congestifs du col favorisent cette hyperproduction du mucus cervical surtout la *grossesse* à son début et à sa période ultime ; tandis que, durant le décours de la gravidité, à moins d'état pathologique, le corps utérin est largement irrigué par le sang, au détriment du segment cervical de l'organe. Ce point est intéressant.

Il serait nuisible, en effet, que le col subît, pendant les neuf mois de la gestation, une hypertrophie comparable à celle du corps, car ce serait une augmentation de la résistance pour l'expulsion de l'œuf. Il reste donc à peu près stationnaire et sa sécrétion est fort discrète. Son rôle commence dès la première phase du travail et la lubréfaction du canal génital devenant dès lors une nécessité, les glandes mucipares entrent en fonction. Mais déjà, au fur et à mesure de la descente du fœtus et de la pression exercée, la congestion cervicale s'est produite. Elle se produit plus activement dès la première contraction du corps utérin : l'irrigation vasculaire fait que le segment cervical augmente proportionnellement au besoin. La disposition irrégulière, plissée, de l'orifice même du col favorise son extensibilité, et lui permet de satisfaire aux nécessités de la première phase de la parturition, sans avoir à subir une notable hypertrophie.

A un âge avancé, la muqueuse intra-cervicale ayant subi un épaississement marqué, surtout chez les femmes qui ont été affectées de déchirures assez étendues du col avec ectropion cicatrisé spontanément à la longue, lorsque survient la *ménopause*, la sécrétion cervicale s'exagère ordinairement.

Il est fréquent, dès qu'une ou deux périodes ont fait défaut, de voir le col devenir turgide, fortement coloré, et un développement notable de kystes folliculaires se produire avec les symptômes ordinaires de cette affection, alors que, jusque là, aucun trouble

n'avait apparu. La répétition de pareils faits me permet de considérer cette éruption kystique comme le résultat d'une fluxion *locale* supplémentaire de l'hémorrhagie menstruelle. Dans ce cas, la fonction mucipare tend à remplacer la fonction hémorrhagique menstruelle.

De ce trouble résultent des phénomènes réactionnels étudiés ailleurs.

Dans le cas le plus fréquent, les kystes disparaissent par sclérose atrophique rapide des parois glandulaires.

Le *mécanisme de l'excrétion* est moins aisé à analyser.

On peut accepter comme probable l'action contractile du sphincter cervical sous l'influence de diverses excitations. Ce point de physiologie n'a d'autre intérêt que de permettre de supposer qu'au moment du coït les follicules sont exprimés, que les culs-de-sac aussi bien que les conduits excréteurs se vident de leur contenu, laissant le trajet du col libre, élargi pour l'introduction du sperme.

Comme contraste à ce mécanisme, il semble que chez certaines femmes, chez certaines jeunes filles principalement, il existe une sorte de paralysie du tissu cervical. Cet état inerte du muscle permet l'accumulation et le rejet subit de grandes quantités de mucus dans la cavité du col notablement dilatée. Ce mucus s'altère et finit par devenir la proie de germes saprophytes, parfois de pathogènes qui créent un état morbide extrêmement rebelle.

J'ai observé des cas qu'il m'est impossible d'expliquer autrement. Il s'agit toujours de sujets névropathes, quelquefois même à un degré intense.

Le *rôle* du mucus cervical doit être fort simple : lubréfier le conduit génital et peut-être fournir un milieu alcalin très favorable à la conservation de la vitalité des zoospermes, dans l'acte de la copulation.

Eviter la rudesse des contacts au moment du passage du fœtus dans l'accouchement et protéger le revêtement interne du col.

En l'état ordinaire, le mouvement sécrétoire dans un milieu génital sain, aseptique, si je puis ainsi dire, s'exalte si le milieu s'infecte. L'excès du mucus produit est un acte de défense très réel contre l'invasion des micro-organismes pathogènes. L'hypersécrétion crée un flot, sorte de courant descendant qui prévient l'introduction des germes dans le col.

1893

TROUBLES NON INFECTIEUX DE L'UTÉRUS

FAUSSES MÉTRITES EN GÉNÉRAL

Il existe un certain nombre d'affections utérines dépendant d'un trouble physiologique et révélées par un symptôme prédominant, tel que la leucorrhée, la métrorrhagie, etc., habituel dans la métrite *vraie*, c'est-à-dire *infectieuse* : ces affections ont pu en imposer pour l'existence de cette dernière, et la plupart des auteurs classiques les rangent encore dans le cadre de ce qu'on appelle *les métrites*.

Je n'ai plus à insister ici sur cette idée que j'ai suffisamment développée ailleurs : il n'y a pour moi, dans l'utérus, en dehors des déviations et des néoplasies, que des *lésions avec infection*, ou des lésions *sans infection*. Aux premières seules, aux lésions inflammatoires véritables, doit être réservée la dénomination de *métrite*.

Lorsqu'en 1886, j'ai écrit ma monographie sur l'*Endométrite et son traitement*, la notion de l'étiologie infectieuse de la métrite existait à peine. **Schroeder**, qui paraît avoir été le premier à l'introduire dans un livre classique, lui fait part égale, dans la pathogénie de cette affection, avec l'action du froid, des traumatismes, des infections, des excès fonctionnels, des irritations de toute nature. La confusion est manifeste.

Je crois avoir donné, le premier, dans mon travail, les preuves

expérimentales et la démonstration clinique de l'action véritablement exclusive de l'infection microbienne, dans la métrite vraie.

La doctrine de l'infection a été confirmée et adoptée depuis d'une façon générale. Peut-être même est-on déjà allé trop loin dans cette voie ; car, sous l'empire des idées pastoriennes, la tendance est devenue excessive à rejeter des faits positifs, classés un peu confusément dans les livres de nos vieux maîtres, mais admirablement observés et décrits, pour les subordonner, à tout prix, à la conception du microbe.

Dans mon travail de 1886, que je viens de citer, j'ai cependant indiqué une ligne de démarcation très nette entre ces deux ordres d'affections, la métrite d'une part, et les troubles physiologiques de l'autre : la citation suivante est significative.

« Je me base sur cette façon d'envisager aujourd'hui l'inflammation, et, dans tous les cas, sur l'avantage d'une semblable détermination des états morbides (*infection*), pour ne point accepter comme *métrite chronique* les états pathologiques qui sont la conséquence de simples troubles de nutrition nés sous l'influence de perturbations nerveuses ou sanguines, lymphatiques, traumatiques, ou de régressions incomplètes, etc., et qui correspondent à ce qu'on appelle la *subinvolution*, l'*hypertrophie chronique*, l'*hyperplasie*, l'*engorgement*, la *congestion*, etc. »

J'ajoutais que « la difficulté avouée par Siredey (1), pour établir une distinction clinique entre la *congestion utérine* et la *métrite*, n'est pas plus sérieuse que pour différencier, au même point de vue, la *congestion pulmonaire* de la *pneumonie*. C'est le processus microbien qui établit la distinction pathologique : les réactions inflammatoires et les procédés modernes de recherches permettent d'établir le diagnostic clinique. »

Depuis cette époque, je me suis préoccupé de cette distinction si utile à établir aussi bien pour la détermination morbide que pour la thérapeutique. Dans mes leçons publiques, j'ai coutume de désigner sous le nom de *fausses métrites* le groupe de ces états morbides non infectieux de l'utérus, et le mot, comme la distinction, a fait son chemin, puisque des traités récents par-

(1) Siredey. *Dict. de méd. et de Chir. prat.* Art. métrite, p. 628.

lent couramment aujourd'hui de *pseudo-métrites*, et les étudient à part.

Je repousse donc du cadre de la métrite tous les troubles utérins passagers ou durables, dans lesquels je ne trouve point, à l'origine, l'élément microbien. Telles seront les congestions passives, aiguës parfois, du début et du déclin de la vie génitale de la femme ; telles seront encore les lésions de voisinage que provoque le développement dans ou contre l'utérus, d'une néoplasie quelconque, fibrome, sarcome, etc.. Tels seront enfin les troubles de fonctionnement des appareils vasculaire, musculaire et nerveux de l'utérus, dont nous connaissons maintenant l'étroite solidarité physiologique, troubles consécutifs à des altérations diathésiques, à des réparations ou des régressions insuffisantes, ou simplement aux mauvaises conditions du fonctionnement de l'organe (excès génitaux, excitations factices, ou au contraire arrêt prématuré de la vie sexuelle, veuvage).

On trouve dans les livres des vieux cliniciens, si remplis parfois d'observations précieuses, des indications très nettes sur ces états maladifs non inflammatoires, qu'ils ont trop souvent confondus avec la métrite, faute de notions pathogéniques suffisantes, mais dont quelques-uns ont su pressentir la nature toute spéciale.

Le passage suivant de Scanzoni (1) est absolument remarquable et semble écrit d'hier :

« *Beaucoup même des engorgements de la matrice qu'on regarde comme* INFLAMMATOIRES, *ne possèdent rien d'inflammatoire dans le sens précis du mot. Ce sont des désordres de nutrition comme on en voit se former dans d'autres organes, à la suite d'une hyperémie veineuse de longue durée.* »

L'idée des fausses métrites est ici contenue tout entière.

Les fausses métrites présentent avec la vraie des caractères symptomatiques communs, bien faits pour amener la confusion dans l'esprit de ceux qui ne veulent point accorder à l'élément infectieux le rôle prépondérant qui lui revient. De part et

(1) SCANZONI. De la métrite chronique. Trad. Siefferman, 1863, p. 52.

d'autre, on observe la *sécrétion exagérée du mucus*, les *hémorrhagies*, la *tuméfaction de l'organe*, la *douleur*.

Mais cliniquement aussi, en dehors de la notion théorique microbienne, il existe des signes distinctifs auxquels le clinicien ne se trompera pas.

La *métrite vraie* comporte un ensemble de troubles réactionnels généraux, corrélatifs de toute inflammation, et parmi ceux-ci figure en première ligne la fièvre. Les sécrétions deviennent franchement purulentes. Enfin, par-dessus tout, la métrite se révèle comme une phase de l'inflammation génitale totale, localisée momentanément, mais prête à se généraliser aux annexes et au paramétrium : elle tend souvent, quand elle est livrée à elle-même, à la *chronicité* : elle porte en elle, en un mot, un caractère de *durée*.

La *fausse métrite* évolue sans fièvre, avec un ensemble réactionnel faible ou nul ; elle reste localisée ; son évolution se fait sur place ; sa durée est brève ; enfin, critérium précieux, les méthodes antiseptiques n'ont aucunement à intervenir dans son traitement. Les moyens généraux, le traitement de la cause surtout, parviennent aisément à la juger. Il suffit de préserver l'organe, alors, il est vrai, très vulnérable, contre les infections secondaires banales qui pourraient faire apparaître l'inflammation dans un terrain aussi bien préparé, — pour voir les accidents rétrocéder et la *restitutio ad integrum* s'opérer sans fracas et sans traces.

Cette distinction des vraies et des fausses métrites, prépondérante selon moi, éclaire d'un jour singulier le désordre des classifications des métrites, données jusqu'ici, aussi bien les plus récentes que les anciennes. Toutes présentent un défaut capital, c'est de créer hypothétiquement et gratuitement des entités morbides, là où il n'y a qu'un symptôme, ou plus exactement prédominance d'un symptôme, c'est-à-dire d'un des traits communs à la généralité des lésions utérines.

C'est ainsi qu'une classification des plus modernes (1) distingue quatre variétés tranchées : une métrite *inflammatoire aiguë*,

(1) Pozzi. *Tr. de Gynécologie*, 2e édit., p. 139.

— une métrite *catarrhale*, — une métrite *hémorrhagique*, — une métrite *douloureuse chronique*.

En vérité, pour nous, tout cela ce sont des phases de la même métrite : le catarrhe, l'inflammation, l'hémorrhagie, la douleur, la tendance à la chronicité, quelle est la métrite où l'on ne trouve point de tout cela ? D'autre part, le *catarrhe*, *l'hémorrhagie* sont insuffisants à caractériser une maladie inflammatoire de l'utérus.

Voici une autre classification (1), que je n'accepte pas davantage, où les considérations étiologiques entrent d'ailleurs en ligne de compte, mais bien trop complexe, car l'auteur n'y admet pas moins de huit variétés de métrites : métrite puerpérale, — blennorrhagique, — accidentelle, — tuberculeuse, — secondaire, — crépusculaire, — diathésique, — congestion utérine.

J'admets la métrite *puerpérale* et la métrite *blennorrhagique* très volontiers : ce sont des métrites vraies, inflammatoires, typiques ; mais, pour les autres, qui ne voit, par les dénominations mêmes qui leur ont été imposées, que ce sont presque toutes des affections secondaires dans lesquelles l'inflammation de la matrice est absente ? La congestion utérine n'est pas une forme de métrite ; la femme a de la congestion utérine une fois par mois, très normalement : c'est un symptôme, un trouble passager ; ce sera, si l'on veut, le prélude d'une métrite vraie ; l'utérus congestionné sera pour l'infection une proie facile. Mais la métrite n'est pas encore faite ; tout peut en rester là, et je crois qu'il y aurait un abus étrange à voir dans ce simple fait une maladie à évolution régulière et à signes cliniques bien définis.

C'est le lieu de répéter : il y a métrite là, et là seulement, où nous constatons l'inflammation avec ses caractères classiques, ce qui suppose, d'après les idées de pathologie générale admises aujourd'hui, un substratum infectieux. J'ai avancé déjà que cet élément infectieux pouvait être de trois ordres distincts, et j'en ai fait la base d'une classification des divers types de métrites, reposant sur la pathogénie, classification que je crois légitime :

Métrite *inflammatoire banale*,
Métrite *blennorrhagique*,
Métrite *puerpérale*.

(1) Auvart. *Tr. de Gynécologie*, p. 232.

Hors de là, nous avons des états pathologiques variés de telle ou telle partie du tissu utérin, mais point de métrite vraie.

Ce sont ces états divers, différents de la métrite véritable, que je vais rapidement passer en revue.

I

ENGORGEMENT UTÉRIN. — MOLLITIES UTERI. DÉBILITÉ UTÉRINE. — FAUSSE MÉTRITE DES VIERGES. FLUXIONS DIATHÉSIQUES.

L'engorgement ne peut être autrement qualifié que comme le résultat d'un trouble circulatoire passif : il est très exactement réalisé, par exemple, dans l'hypostase du corps de l'utérus en état de rétroversion, et dans certains cas de dilatation variqueuse des veines du bassin.

Courty, qui lui consacre un chapitre consciencieux, a eu soin de faire justice, à cet égard, des exagérations ou des confusions de ses prédécesseurs.

On peut dire, en effet, que l'engorgement avait été considéré comme le fond de presque toutes les affections organiques de la matrice. **Aran**, en particulier, a longuement insisté sur cet état particulier de l'utérus qu'il plaçait, comme tous les anciens pathologistes, parmi les phases de la métrite. **Huguier** (1) classait les affections de l'utérus en trois groupes : *inflammation*, *engorgement* et *hyperplasie*.

L'engorgement était : *a*) inflammatoire, *b*) sthénique, *c*) asthénique, *d*) mécanique.

(1) Huguier. *Bull. de Médecine* XV, 1-20 1850.

Scanzoni, avec un sentiment encore un peu confus de la physionomie nouvelle qu'apporte l'entrée en jeu de l'élément inflammatoire, plaçait l'engorgement, *l'infiltration*, en tête de son admirable description de la métrite chronique, et décrivait, en clinicien consommé, les troubles si variés qu'il engendre, en insistant surtout sur ce fait que le parenchyme presque seul est atteint et que les lésions de la muqueuse se bornent à de l'hyperémie et à un peu de catarrhe.

Pour Courty, l'engorgement utérin est la représentation d'un état spécial, rigoureusement délimité par Robin, et qui équivaudrait à « l'infiltration du tissu utérin par un exsudat solide ou liquide dissociant et tenant écartés les éléments anatomiques ». D'où augmentation de volume, changement de consistance, symptômes spéciaux, etc.

Il faut reconnaître que cette base purement anatomique n'est pas suffisante pour asseoir une entité morbide définie.

Il est nécessaire de remonter plus haut et de déterminer pour chaque variété pathologique la cause qui lui a donné naissance.

C'est ainsi que nous pouvons immédiatement écarter du cadre de cette étude les engorgements *secondaires* dépendant soit d'une déviation, soit d'un obstacle circulatoire, thrombose ou compression produisant dans la matrice des phénomènes de stase ou de congestion passive.

Je suis, par conséquent, dans la nécessité d'éliminer cette forme pathologique deutéropathique.

Dans ces cas, l'engorgement existe assurément, et il importe qu'on ne le confonde pas avec une inflammation actuelle ou avec un reste de processus inflammatoire. Mais toujours il existe une lésion ou un trouble primitif qu'il faut rechercher. Avant tout, le clinicien doit se préoccuper de la cause, et l'infiltration de l'utérus passe au second plan.

L'engorgement vrai, *primitif*, est presque toujours d'origine diathésique ou constitutionnelle. Il correspond à ce que les anciens appelaient *mollities uteri*, expression que je remplacerais volontiers par celle de *débilité utérine* : c'est à lui encore que se rapportent les *fluxions diathésiques* et la série des métropathies dont Martineau avait fait sa *métrite herpétique*, sa *métrite scrofuleuse*, etc.

Cette débilité utérine, qui est le fait d'un organisme défectueux ou épuisé, nous la trouvons réalisée typiquement parfois chez certaines jeunes filles : elle se résume dans la faiblesse congénitale ou acquise aussi bien des tissus utérins que des parois vasculaires, dans l'infiltration du tissu sous-muqueux et dans l'énergie insuffisante des éléments musculaires.

Il se passe alors pour l'utérus, en particulier pour le col, ce qui se passe pour d'autres régions muqueuses : la turgidité de l'utérus est l'équivalent du gonflement des lèvres, des conjonctives, des ailes du nez, des doigts et des orteils, chez les filles strumeuses. L'antéflexion, beaucoup plus rarement la rétroflexion, un certain degré d'ectropion antérieur, l'augmentation de volume du col et du corps, la leucorrhée, la métrorrhagie profuse succédant à des périodes d'aménorrhée caractérisent cette fausse métrite que certains auteurs n'hésitent pas à considérer comme des états inflammatoires, sous le nom de *métrite des vierges*.

C'est ainsi que j'ai lu avec un certain étonnement un travail d'ailleurs intéressant sur cette *métrite des vierges* (1).

A son sujet, je ferai cette simple remarque :

La métrite est-elle *commune*, ou même n'est-elle que *rare* chez les vierges ?

Non, elle est excessivement rare : elle est tellement exceptionnelle qu'on est en droit d'hésiter longtemps avant d'étiqueter de la sorte une affection génitale vague chez une jeune fille, affection qui peut dépendre de l'ovaire, de troubles menstruels, de congestions pelviennes, d'hypéralgésies anormales sous l'influence d'une constitution névropathique le plus souvent héréditaire. En réalité, les jeunes filles vierges que l'on rencontre, que l'on a à examiner, bien que sujettes, pour la plupart, à des indispositions de cet ordre, sont dans l'immense majorité, indemnes de métrite vraie. Celles qui en sont affectées sont, je le répète et tout le monde est d'accord sur ce point, *rarissimes*.

Or cela ne doit-il pas faire naître cette idée que, puisque le fait est rare à ce point, il est peu logique d'en chercher l'étiologie

(1) P. Bouton. *Métrite des vierges*. Thèse de Paris, 1887.

dans des causes ordinaires ou banales ? Car si l'étiologie était telle, peu de vierges échapperaient à la métrite.

Est-ce à dire qu'il est impossible d'observer de la métrite chez une jeune fille vierge ? En aucune façon ; seulement, je crois le cas excessivement rare et j'estime que lorsqu'il se produit, ce n'est jamais en dehors de la règle que j'ai tracée pour la pathogénie de la métrite, c'est-à-dire de l'infection. Qu'une jeune fille, qu'une enfant contracte une vulvite septique et que l'infection, franchissant l'hymen, suive, en la remontant, toute l'étendue de la muqueuse génitale, qu'il y ait à un moment donné, métrite blennorrhagique ou métrite d'infection banale, je ne veux nullement le nier : le fait est très rare, je le répète, et quand il se produit, il est clair que le processus suit la marche ordinaire de toute inflammation utérine. Nous nous trouvons en présence d'une métrite à laquelle le fait de la virginité n'imprime aucun caractère spécial.

Il suffit d'ailleurs de parcourir la série des observations de M. Bouton pour comprendre de suite qu'il n'a eu affaire qu'à des fausses métrites, sauf dans les observations IV et V, tirées de Bennet.

Observation I (Pozzi). — Couturière de 20 ans, fille de père mort phtisique ; rougeole à 9 ans ; menstrues irrégulières et douloureuses alternant avec des pertes blanc-jaunâtre : a perdu ses couleurs et est devenue nerveuse.

Examen : Dilatation de l'estomac.

Phénomènes locaux : Le palper abdominal augmente les douleurs.

Toucher difficile (hymen), col gros et douloureux à la pression, parois vaginales chaudes, culs-de-sac libres : de trompe, d'ovaire, il n'est pas question.

Phénomènes réactionnels : néant !

Plus tard le spéculum permet de voir le col rouge tuméfié et *non* ulcéré.

Traitement : lavage de l'estomac, grands bains, dilatation de l'hymen et du col (M. Bouton ne dit pas comment).

Guérison en un mois.

Obs. II (Pozzi). — Teinturière de 19 ans, fille de mère morte phtisique.

Il a y a cinq ans, affection du genou d'origine traumatique, sans suppuration, ayant nécessité deux mois de repos dans une gouttière.

D'aspect chétif et anémique, mal développée, sommet droit suspect, troubles digestifs, névralgies, est sujette aux bronchites.

Examen local : Utérus atrophié, (reconnu après dilatation par la laminaire), col petit, ovaires sains, etc., etc.

Il existait, comme signe de métrite, une surface dépolie, rouge, mais sans ulcération, de la lèvre postérieure ?

Traitement : Cautérisation légère de l'ulcération ! Guérison.

Telle est, pour l'auteur, la métrite des vierges !

(Je n'insisterai pas sur l'appréciation erronée de l'érosion labiale postérieure du col).

Obs. III (Pozzi). — Il n'y est question que de ménorrhagie et il n'y a pas un seul symptôme de métrite, ni douleur, ni fièvre, ni sécrétions altérées. Le toucher ne fut même pas fait.

Le traitement consista en moyens propres à combattre l'*anémie*, fer, douches, villégiature, etc.

Obs. IV et V (Bennet). —Ulcéreuse ; plus probante comme symptômes ; il y a de la métrite.

Obs. VI. — Hémorrhagique (mort). Sorte d'hémophilie.

Obs. VII (très curieuse). Hémorrhagique : mort après une série de pertes énormes provoquées par un ébranlement moral : autopsie curieuse ? *London médical Gazette*, 1846.

Obs. VIII (id.). (Gallard. Dalché).

Obs. IX. (Gallard) (Ne prouve rien).

Toutes ces malades sont des jeunes filles chétives, lymphatiques, irritables, nerveuses, ayant eu une enfance maladive.

Moi aussi j'ai vu des cas de cette prétendue métrite chez des vierges. Entre autres trois cas de rétroversion dont l'une avec utérus très irritable, hypersécrétion, etc., etc.

J'ajouterai que la nécessité d'inciser l'hymen pour pratiquer le traitement, comme le conseille M. Bouton, ne m'a jamais paru s'imposer. J'ai dû traiter des jeunes filles vierges pour des affections utérines non inflammatoires pour la majorité des cas, mais réclamant néanmoins une thérapeutique directe et toujours (hors le cas de néoplasmes, évidemment), j'ai pu me frayer pas-

sage par des dilatations graduelles sans effectuer de trop grands dégâts.

Je n'insisterai pas autrement ici sur l'engorgement utérin, dont il me suffit, pour le moment, de rappeler l'existence légitime dans le cadre nosologique des fausses métrites. C'est surtout dans les livres des vieux maîtres de la gynécologie française, qu'on le trouvera minutieusement décrit avec toute l'importance due à ce qu'ils croyaient être — parfois avec raison — le début de la métrite. Car, il n'y a pas à le dissimuler, tous ces états pathologiques dépendant de la débilité utérine, engorgement, métrite des vierges, fluxions diathésiques, que chaque génération médicale nouvelle décrit avec des noms nouveaux, sont connus de longue date et le sens clinique de nos prédécesseurs ne s'y était pas trompé.

Voici ce que disait Récamier en 1850 :

« Il y a des tuméfactions ou des engorgements utérins résolubles qui ne sont pas inflammatoires, tuberculeux, fibreux, squirrheux ou hypertrophiques, mais qui sont élastiques et ordinairement saignent dès que l'épithélium qui les recouvre est détruit.

« Ces engorgements se comportent comme les engorgements hémorrhoïdaux érectiles de la marge de l'anus, tantôt rémittents et tantôt même intermittents ou périodiques.

« Ces engorgements érectiles sont fréquents et lorsqu'ils sont fixes, ils ne cessent que par la destruction des derniers capillaires érectiles qui les composent : ils forment les engorgements résolubles ordinaires (1). »

Restent les engorgements persistants qui tendent à affecter plutôt la forme d'une infiltration durable, sorte de pseudo-métrite *hypertrophique* ; ils seront étudiés avec les troubles de la ménopause dont ils constituent la forme la plus fréquente.

Le *traitement* de l'engorgement utérin varie, tout naturellement, avec les indications propres à chaque cas. Mais toujours il est indispensable de placer en première ligne les moyens généraux, les bains, les douches, les toniques, le massage général ou local : l'électrisation rendra de réels services, dans les formes hémor-

(1) Récamier. *Bull. de l'Académie de médecine*, n° 17, p. 68, 1re partie du travail de Récamier lu le 5 février 1850.

rhagiques en particulier. Il faudra soigner avant tout, chez la jeune fille, la chloro-anémie, cause de tout le mal ; chez la femme faite, c'est à la diathèse, par la modification de l'hygiène journalière, qu'il faudra s'adresser. On évitera toutes les causes de troubles de la circulation du petit bassin, la constipation en particulier ; on restreindra la station assise dans la mesure du possible, on interdira la machine à coudre ; localement on recommandera une toilette soigneuse et antiseptique des organes génitaux, on prescrira des injections légèrement astringentes et l'on veillera, en un mot à ce que l'infection vraie, même banale, n'envahisse pas l'organe ainsi prédisposé.

S'il existe de l'*ectropion* avec tendance à la sclérose folliculaire, *ectropion granuleux*, l'abrasion de la muqueuse sera parfois nécessaire.

II

SUBINVOLUTION

La subinvolution ou arrêt de l'involution normale du tissu utérin à la suite de l'accouchement et de l'avortement, occupe une place importante dans l'histoire des états pathologiques non inflammatoires de l'utérus.

Il n'est plus douteux aujourd'hui que l'incomplète régression du tissu utérin figure dans beaucoup de cas, comme le point de départ de métrites des plus tenaces.

Elle est souvent confondue cliniquement avec la métrite vraie dont elle présente quelques symptômes.

Ajoutons qu'elle est souvent engendrée par l'infection au cours des suites de couches, et qu'à ce titre, la métrite et la subinvolution se présentent souvent associées à l'observation du médecin.

Pour mieux comprendre ce qui va suivre, résumons rapidement le processus de l'involution normale.

Involution normale.

Normalement, l'involution utérine comprend deux ordres de phénomènes.

Les premiers, d'ordre macroscopique, accessibles à nos moyens physiques d'exploration, consistent dans le retour de l'organe à son volume, à sa forme et à sa situation primitives, pas d'une façon complète, mais à peu de chose près. Il s'agit ici non seulement de l'utérus, mais de ses dépendances et des organes qui lui sont physiologiquement annexés. C'est ainsi que pour être absolument complète, l'involution de l'appareil génital doit se faire dans les ligaments utérins, les vaisseaux extra-utérins, les parois vaginales, la musculature du périnée, la paroi abdominale elle-même. En un mot, il faut que tout organe modifié par la grossesse revienne à son état normal. Nous ne pouvons donc laisser ici de côté ce qui se passe alors dans les dépendances de l'utérus, étant donné que leur régression incomplète influe notablement sur les troubles de l'utérus lui-même.

Cette phase occupe une durée moyenne d'une vingtaine de jours.

Le second ordre de phénomènes est de nature plus intime : il consiste dans la disparition des éléments créés dans les tissus de l'organe pour les besoins de l'état gravidique, et dans leur remplacement par des éléments nouveaux du type de ceux d'un utérus normal. Cette partie du travail de régression ne succède pas à l'autre ; elle s'accomplit simultanément, quand elle ne la précède pas, puisque dès la fin de la grossesse, comme Kölliker l'a démontré le premier, on observe dans l'utérus certaines fibres musculaires déjà frappées de dégénérescence graisseuse, c'est-à-dire de mort.

Le mécanisme de la substitution des éléments nouveaux aux éléments gravidiques, dans le muscle utérin, a fait l'objet de longues discussions et ne paraît pas encore établi d'une manière absolument définitive.

L'opinion adoptée aujourd'hui, celle de **Robin**, de **Kölliker** de **West**, etc., est que les fibres gravidiques subissent la dégénérescence graisseuse et sont résorbées sur place, reprises par

la circulation, ou éliminées avec les sécrétions et les exsudats utérins, en particulier dans les lochies.

Sænger, toutefois, n'admet pas cette dégénérescence graisseuse et s'appuie principalement sur le fait des réunions par première intention que l'on observe sur l'utérus après l'opération césarienne : l'argument nous paraît spécieux, car nous savons qu'au moment de l'accouchement, l'utérus renferme dans sa trame conjonctive (gaines vasculaires, travées intermusculaires) assez d'éléments jeunes, de noyaux d'origine récente, pour constituer une matière favorable à la réunion immédiate.

Pour Sænger, la graisse, dont il ne peut contester l'existence, en présence des observations d'embolies graisseuses, prend naissance en dehors des faisceaux musculaires, dans le périmysium, et les fibres lisses n'entrent pas en dégénérescence ; elles subissent une transformation que l'auteur qualifie de *paratrophique* et qui consiste dans la simple réduction de leurs dimensions, accrues pendant la grossesse ; c'est sur place qu'elles passent de l'état de fibres gravidiques à celui de fibres normales.

Néanmoins, le fait de la dégénérescence graisseuse de la substance même de la fibre est accepté aujourd'hui par tous les auteurs, en dehors de Sænger, ainsi que la résorption totale de la fibre.

Robin, toutefois, admettait que les granulations graisseuses seules disparaissent et que la fibre ainsi dégorgée, raccourcie dans ses dimensions, reprenait rang simplement parmi les fibres normales, opinion dont se rapproche celle de Sænger, en ce sens qu'elle exclut la formation d'éléments nouveaux.

La formation de ces derniers éléments est rapportée à des noyaux existant dans le tissu utérin en dégénérescence et se transformant directement en longues fibres-cellules.

Ces noyaux, pour **Henschl**, apparaissent dans le tissu utérin vers la quatrième semaine : la rénovation du tissu s'effectuerait nettement de dedans en dehors et serait complète en huit ou dix semaines. A cette époque, il n'entrerait plus dans l'utérus que des fibres nouvelles, les anciennes étant résorbées : c'est à peu près la date que Robin indique de son côté pour la régénération de la muqueuse.

Pour **Strauss** et **Sanchez Toledo**, les fibres lisses nouvelles

se forment aux dépens de noyaux qui accompagnent le noyau des fibres gravidiques et qui persistent après la résorption de celles-ci.

Quoi qu'il en soit, à l'état normal, la régression plastique de la matrice est complète, au plus tard, au quarantième jour (Cazeaux et Jacquemier) ; la régression intime cellulaire, c'est-à-dire sa régénération musculaire, en soixante jours.

Mécanisme de la Subinvolution.

La subinvolution, qui est l'arrêt ou le défaut de régression de la matrice, se traduit extérieurement par ce premier signe, la persistance du volume exagéré de l'organe. A ce caractère s'ajoutent la flaccidité du tissu utérin, la tendance aux hémorrhagies, la production exagérée d'exsudats interstitiels et de sécrétions ; il est habituel que la matrice soit déplacée et qu'en raison de la flaccidité coexistante des ligaments, on la trouve abaissée et reposant, pour ainsi dire, à l'état de flexion antérieure ou postérieure sur le plancher pelvien.

Le mécanisme de l'arrêt d'involution a été expliqué de diverses manières.

Snow-Beck a pu faire l'étude histologique d'un utérus en subinvolution et affirme que les fibres s'y trouvaient avec le même aspect qu'au neuvième mois de la grossesse, bien qu'avec un volume un peu plus petit, pouvant correspondre à celui des fibres d'un utérus arrivé au milieu de la gestation.

Cette observation tendrait à faire admettre que la subinvolution est due, dans les cas de ce genre, à l'absence de dégénérescence graisseuse des fibres : ce retard serait imputable à la contraction insuffisante de l'utérus lui-même et surtout des parois de ses vaisseaux nourriciers, ceux-ci entretenant dans l'organe un afflux sanguin favorable à la persistance de l'état hypertrophique propre à la grossesse : dans ces conditions de réplétion sanguine anormalement persistante, la mort des cellules destinées à disparaître se trouve plus ou moins retardée.

West, au contraire, croit que la dégénérescence graisseuse se

produit toujours, mais que dans la subinvolution, il y a défaut de résorption ou d'élimination des produits nécrobiosés : ce défaut de résorption, pour lui, serait d'origine inflammatoire dans la plupart des cas. Je ne contredis pas à cette opinion en ce qui concerne l'association de la subinvolution et de l'inflammation ; mais ce sont là des cas mixtes, desquels on ne peut tirer aucune notion précise quant à la subinvolution *pure* et la régression incomplète *primitive* de l'utérus. Rindfleisch a expliqué que la dissociation des corps gras et des matières protéiques, comme on l'observe dans la dégénérescence graisseuse, s'accompagne d'une augmentation de volume des tissus, ce qui, ici, rendrait compte assez bien de la persistance du volume exagéré de l'utérus.

Quant aux éléments de nouvelle formation, ils subiraient aussi, d'après West, la dégénérescence graisseuse au fur et à mesure de leur apparition, de là la persistance indéfinie des lésions.

Courty n'accepte pas cette idée qui conduirait à admettre la transformation totale de la matrice en éléments adipeux : il se rallie à l'idée première de l'hypertrophie prolongée par persistance de la vascularisation utérine.

Causes de la Subinvolution.

Les causes de l'arrêt de la régression utérine sont d'ordre très divers. Ici, il est nécessaire de nous séparer des idées théoriques émises sur le mécanisme de la subinvolution, en raison de la difficulté qu'il y a pour nous à leur appliquer un contrôle personnel. Nous devons interroger surtout les faits cliniques et voir dans quelles conditions apparaît la subinvolution.

1° Infection. — Avec West, dont l'opinion a une valeur indiscutable, il faut mettre en première ligne l'influence de l'infection puerpérale. C'est ainsi qu'on voit chez une femme, dont la régression utérine s'est effectuée normalement et rapidement pendant trois, quatre ou cinq jours, l'involution s'arrêter au premier frisson qui témoigne de l'infection commençante, et sans qu'aucune

cause matérielle extrinsèque, déviation, exsudats péri-utérins, adhérences, puisse encore être incriminée. Jules Guérin a le premier indiqué, dans son mémoire académique de 1858, le rapport existant entre les accès fébriles et l'arrêt du dégorgement utérin.

A ce moment donc l'entrée en scène de l'élément septique transforme la situation. L'infection peut agir ici par elle-même, *per se*, en déterminant une sorte de stupeur de l'appareil génital, car, dans bien des cas où la substance même de l'utérus est peu ou point affectée, — les éléments infectieux l'ayant seulement traversé pour aller gagner les annexes, le péritoine, les grands viscères et s'y cantonner, — l'involution de la matrice n'en est pas moins brusquement arrêtée.

A ces cas correspondent toute une catégorie de faits certainement des plus fréquents, dans lesquels on voit, sous l'influence de la thérapeutique ou même de l'effort naturel, s'opérer la dissociation des deux éléments pathologiques primitivement confondus et, l'inflammation utérine ayant disparu, la subinvolution lui survivre.

C'est une vérification que nous avons pu faire à l'autopsie. Pour préciser, il est des femmes qui meurent au 12e ou au 15e jour de leurs couches, avec des lésions phlébitiques ou lymphangitiques extra-utérines, tandis que les lésions utérines sont nulles ou insignifiantes, quoique suffisantes pour expliquer l'empoisonnement septique et la mort, et chez lesquelles la régression de la matrice semble arrêtée dès le début de l'infection. S'il existait un département vasculaire ou lymphatique considérable obstrué, on pourrait être tenté d'admettre que là est la cause de l'entrave circulatoire apportée à la dénutrition *post-partum* de l'organe. Mais cette interprétation est controuvée par l'examen cadavérique.

Nous sommes donc en présence d'un facteur en quelque sorte plus indépendant.

On peut, pour expliquer son mode d'action, incriminer l'empoisonnement général de l'organisme avec son cortège habituel : hyperthermie, troubles nerveux toxiques, réflexes vaso-moteurs, sorte d'*ictus infectieux*.

On peut accepter aussi une action septique agissant directement sur les nerfs du bassin.

D'autres fois, on observe, après la disparition de l'inflammation utérine, la persistance d'un large foyer septique dans les annexes ou le paramétrium. La subinvolution se prolonge ; et la lésion annexielle extra-utérine paraît entretenir l'atonie dans l'utérus, par un mécanisme bien connu en ce qui concerne l'influence de la paramétrite et de la salpingo-ovarite chronique sur la congestion utérine en général.

A plus forte raison, l'infection, quand elle s'accompagne de lésions permanentes dans les parois de l'utérus, s'associe-t-elle nécessairement et d'une façon durable, aux troubles de subinvolution qu'elle crée, pour constituer de toutes pièces l'entité connue sous le nom de *métrite puerpérale*. Toutefois ici la subinvolution passe au second plan.

En résumé, on voit le plus souvent la subinvolution persistante apparaître comme une conséquence de l'infection tout au début du puerpérium, parfois plus durable que celle-ci.

On peut voir, d'autre part, l'utérus primitivement sain, résister à l'infection précoce de la première phase des suites de couches et s'infecter ultérieurement par un germe banal, ses tissus non involués, mous, sans résistance musculaire, succulents, largement irrigués, offrant encore à l'élément microbien une proie facile. Lorsque l'infection procède ainsi insidieusement, avec un mouvement fébrile peu accusé, il est difficile au clinicien de préciser le moment où la métrite vraie a été constituée de toutes pièces.

Ce que je veux simplement établir, c'est qu'il y a des *subinvolutions inflammatoires* qui sont des métrites, devant être étudiées comme telles, — et des *subinvolutions sans inflammation* qu'il faut séparer franchement des précédentes, parce que leur étiologie, leur marche, leur pronostic, leur traitement surtout, sont absolument distincts : celles-là sont des *fausses métrites*, dans la plus claire acception du mot, et c'est d'elles surtout que nous avons à nous occuper ici.

2° Traumatismes obstétricaux. — En dehors de l'infection, les causes de cette variété de fausses métrites sont, avons-nous dit, d'ordre *local* ou d'ordre *général*.

Voyons tout d'abord celles qui proviennent de l'accouchement

lui-même : déchirures du col, du périnée, opérations obstétricales surtout, qui n'apportent pas seulement des chances plus grandes d'infection, mais semblent provoquer par elles-mêmes une certaine stupeur traumatique du muscle utérin.

Opérations. — Aron a recherché quelle part revient aux opérations obstétricales et il conclut, d'après l'analyse d'une douzaine de cas observés à la clinique du professeur Depaul, qu'à leur suite la régression utérine se fait lentement et irrégulièrement. L'utérus resterait stationnaire jusqu'à une première phase de 4 à 6 jours, et son involution complète s'effectuerait tardivement. L'auteur vise le retrait évalué par le procédé grossier de la palpation abdominale. Celui-ci demanderait de 22 à 30 jours au lieu des 12 à 15 jours fixés par les anciens auteurs.

Les recherches d'Aron effectuées pendant que j'appartenais moi-même à la clinique du professeur Depaul, ont certainement été conduites avec conscience. Malheureusement, comme presque tous les travaux antérieurs et contemporains sur le sujet, les résultats en sont faussés par l'élément banal de l'infection passagère ou atténuée, si fréquente dans les Maternités à cette époque. Cela ressort même de l'analyse de quelques cas où l'infection avec fièvre est notée au cours du puerpérium, sans que l'auteur ait spécialement modifié ses conclusions sur ce point ; cela ressort encore de la fréquence de la fétidité des lochies qu'il signale, d'une façon générale, comme habituelle dans ses observations. Malgré tout, pour quelques observations où le puerpérium est déclaré normal, il est juste de souligner ce fait que trois ou quatre semaines après l'accouchement terminé par l'opérateur, la matrice dépasse encore de six et sept centimètres la symphyse pubienne. Je m'en réfère à ma propre observation pour accepter la réalité de ce retard dans certains cas, l'ayant observé surtout à la suite du travail prolongé et de quelques autres anomalies.

Avec Aron, plus qu'il ne le fait même, j'estime qu'il faut attacher une grande importance aux phénomènes anormaux qui ont précédé, accompagné ou suivi l'opération ; l'*atonie de l'utérus* qui suit le *surmenage* de l'organe résultant lui-même d'un travail anormalement prolongé, prédispose à la subinvolution de la première phase du puerpérium.

L'*hémorrhagie*, quand elle a été assez abondante pour entraîner un état d'anémie considérable, agit dans le même sens et d'une façon parfois plus durable ; car elle entrave les fonctions de nutrition, en particulier les échanges et l'oxydation des tissus, en ce qu'elle restreint la proportion du sang chargé du transport de l'oxygène. J'ai noté, dans quelques cas, que l'hémorrhagie modérée, quoique dépassant notablement la perte normale de sang estimée à 600 ou 700 gr. pour un accouchement, ne trouble pas l'involution et que, la femme étant dans de bonnes conditions, elle semble même la hâter. La perte agirait, dans ce cas, en favorisant la reprise des déchets fluides de l'utérus par une sorte d'appel analogue à celui qui se démontre par la rapide résorption des poisons à la suite des hémorrhagies.

Déchirures du col, du périnée. — Quant au rôle des *traumatismes* représentés par des délabrements étendus portant sur le col ou le corps de l'utérus et sur le périnée, la subinvolution, ou mieux l'involution lente est très certaine dans ces cas. On sait même qu'il y a souvent coïncidence entre les larges déchirures du col et la rupture du périnée. Cette étiologie combinée retarde plus sûrement l'involution, de même qu'elle amène fréquemment l'atonie vésicale.

J'ai vu l'involution durer plus de deux mois, dans des cas de rupture sous-péritonéale du col et d'une partie du corps de l'utérus.

Comment agit la déchirure du corps pour immobiliser aussi longtemps l'organe dans son volume actuel ? Il est à croire que l'obstruction par thrombose d'une grande partie des gros vaisseaux du hile utérin y est pour beaucoup ; mais la rupture de nombreux filets nerveux du plexus utéro-ovarien cause la paralysie du muscle dont la contraction est si nécessaire à l'involution régulière et entraîne, en même temps, un trouble trophique profond.

La déchirure unilatérale ou bilatérale du col, si elle est complète, même si elle ne va pas jusqu'à l'orifice interne, doit agir dans le même sens, car il est certain qu'elle cause des violences analogues sur l'appareil névro-vasculaire dont le confluent est au point que j'ai appelé le *hile utérin*, situé sur les côtés de l'isthme, juste à l'endroit où se font le plus habituellement les déchirures.

N'y a-t-il que de l'atonie musculaire et un trouble trophique en pareil cas ? C'est à savoir si on pourrait invoquer l'irritation douloureuse réflexe sur les extrémités nerveuses sectionnées, comme il faut invoquer l'élément douloureux dans d'autres traumatismes pour expliquer les paralysies ou les contractures d'ordre réflexe.

Les déchirures du périnée, surtout si elles sont considérables, troublent l'involution utérine, mais le point le plus intéressant que mes observations répétées m'aient permis de mettre en lumière, consiste dans l'influence différente de la réparation artificielle immédiate et de la réparation spontanée toujours longue et tardive.

Lorsque la lacération périnéale est suturée immédiatement, avec un soin suffisant pour que les surfaces cruentées soient très exactement juxtaposées et soustraites en totalité au contact de l'air et des liquides, ce qui s'obtient aisément avec la suture continue en étages au catgut fin, la douleur étant en même temps entièrement supprimée par cela même, l'involution utérine ne paraît éprouver aucun trouble du fait du traumatisme périnéal. Je ne sais pas exactement ce qui se passe avec les sutures au moyen de fils métalliques ou autres non résorbables, et si les phénomènes de régression ne sont pas troublés, pendant la première semaine, par la douleur éprouvée habituellement durant ce temps.

Mais, par contre, lorsque la réparation des plaies se fait spontanément, et surtout lorsque la réparation isolée par tissu inodulaire des surfaces disjointes porte sur les lésions profondes affectant la région musculaire du périnée ou affleurant les filets nerveux profonds, j'ai acquis la conviction que les parties restent longtemps irritables et douloureuses. L'excitabilité réflexe est, par suite, exagérée dans tout le territoire génital. Cet endolorissement retentit très fortement sur l'utérus.

J'ai examiné avec soin un certain nombre de cas de cet ordre et j'ai trouvé alors la subinvolution des plus accentuées. Sur des accouchées de 13 à 15 jours, j'ai trouvé l'utérus en bonne situation, remontant jusqu'à l'ombilic, et il s'agissait de femmes qui n'étaient point faibles ou nerveuses, même de primipares, et en l'absence de toute autre lésion.

Il n'est pas, jusque la *rétention d'urine prolongée* qui, loin d'être

cause de la subinvolution, ne se rattache aux mêmes causes que celle-ci dans la majorité des cas : atonie, surmenage, irritation douloureuse réflexe.

3° Déviations utérines. — Il n'y a pas de cause de subinvolution plus certaine que celle-ci. L'antéflexion et la rétro-déviation, pour ne parler de suite que de ces deux déviations, comportent par elles-mêmes une condition tellement anormale de l'utérus, tant au point de vue des troubles de la circulation en retour qu'à celui de la rétention prolongée des sécrétions, que la discussion n'a pas lieu d'être très étendue à ce sujet, les faits s'expliquant assez d'eux-mêmes.

C'est dans la *rétro-déviation* avec flexion que la subinvolution du corps de la matrice principalement est notoire.

Cette portion de l'organe repose dans le fond du Douglas et le doigt le perçoit immédiatement au fond du vagin qu'il fait bomber. Sa consistance est molle et comme pâteuse ; la pulpe de l'index semble s'enfoncer et laisser une dépression durable sur son tissu, qui est sans rénitence aucune. Au point de vue de la forme, on dirait vaguement d'une énorme figue se fixant sur une base large et étalée. Le col est court, et l'isthme se confond avec le corps.

Dans l'*antéversion* exagérée avec flexion, ce qui ne va pas sans un degré appréciable de cystocèle vaginale, la consistance est plus solide et la forme mieux conservée. Ici le phénomène le plus frappant, c'est l'extrême longueur de l'isthme utérin, grâce à laquelle la flexion peut se produire.

Dans les deux cas, *rétroversion et antéflexion* exagérée, la déclivité favorise la lenteur de la dénutrition, et la gêne circulatoire entretient l'état de congestion passive. D'après R. Barnes, cette gêne au retour du sang veineux est due à ce que ces déviations provoquent des flexions angulaires ou des torsions sur les vaisseaux utérins.

Mais dans les deux cas aussi, un élément d'infection très insidieux peut exister sans que rien vienne le révéler sinon un malaise général assez marqué, de l'endolorissement, de l'inappétence, et dans certains cas, des accès fébriles assez discrets pour passer

inaperçus. Cette infection est due à une forme torpide d'endométrite. Celle-ci est entretenue par la septicité très atténuée des toxines élaborées dans des produits de sécrétion, qui ne peuvent s'éliminer spontanément, en raison de la déviation de l'utérus et de l'occlusion du col. Il suffit de redresser l'organe avec une sonde irrigatrice ou un cathéter pour voir tantôt un liquide sirupeux d'apparence mellicérique, tantôt un liquide mal lié de couleur jus de cerise ou chocolatée, s'écouler plus ou moins abondamment à travers le col redevenu perméable par le fait du redressement avec le cathéter. Dans ce liquide, on ne trouve ni streptocoques, ni staphylocoques, mais des saprophytes variés qui suffisent à faire des toxines et qui, assez rapidement, contribuent à altérer la muqueuse infiltrée et tuméfiée.

Les *troubles circulatoires locaux* caractérisés par la dilatation variqueuse des plexus veineux pelviens ou par une gêne mécanique sur une grosse veine, doivent rationnellement entraver la régression utérine ; malheureusement la démonstration de ces lésions n'est pas toujours aisée à faire.

J'ai cependant pu acquérir la preuve de leur existence dans un assez grand nombre de cas, au cours d'opérations plastiques sur le col et sur les parois vaginales, à une période assez rapprochée de la parturition. De larges dilatations ampullaires existaient sur le trajet des branches veineuses intrapariétales du vagin, et de volumineux paquets d'hémorrhoïdes obstruaient l'orifice anal devenu volumineux et turgide. Dans le col utérin, dans l'isthme, le système veineux était notoirement ectasié.

C'est donc là une cause qu'il faut accepter. Sænger l'admet sans difficulté.

La *rétention de débris placentaires ou déciduaux*, même aseptiques est aussi une cause de subinvolution prolongée.

L'hémorrhagie à répétition, coïncidant avec le volume persistant de la matrice, caractérisent assez bien cette variété.

A ce propos, il y a une distinction à établir dès maintenant, entre l'involution qui suit l'*accouchement* et celle de l'*avortement*.

Dans l'*avortement* ou dans l'accouchement prématuré, il est notoire que la subinvolution est de règle et l'explication se tire

de ce fait que les fibres musculaires n'ayant pas entièrement accompli leur étape gravidique, ne sont pas mûres pour la dégénérescence graisseuse, indispensable, disent certains auteurs, à une régression régulière. Avec la théorie ancienne, l'interprétation va toute seule. Avec les idées de Sænger, reposant sur la transformation paratrophique des tissus musculaires, c'est-à-dire la réduction de volume pure et simple des fibres musculaires, on explique moins aisément cette doctrine de la subinvolution dans l'avortement. Aussi bien, dois-je dire que mon expérience propre ne m'a rien appris à cet égard qui justifie l'idée ancienne. Les recherches modernes manquent sur ce point.

Je suis en mesure de dire qu'un avortement complètement effectué, laissant la matrice vide de tout débris décidual, n'a jamais, à ma connaissance, entraîné la subinvolution, soit que j'aie eu l'œuf complet en ma possesion, soit que j'aie été appelé à faire le curetage. Je dirai encore que lorsque les choses se passent bien, sans grande perte de sang et sans infection, la régression est habituellement rapide et complète en moins de temps que dans l'accouchement à terme.

Mais il faut compter avec la rétention fréquente de parcelles de l'œuf, avec les pertes de sang répétées et considérables, avec l'infection, qui sont si fréquentes ; et, dans ce cas, la subinvolution est fatale, à titre isolé ou concurremment avec l'infection.

Le seul point que je veuille faire encore ressortir, c'est la subinvolution *partielle* du col utérin à la suite de la fausse couche. Ceci, je l'ai observé, et l'interprétation en est facile. Quand on songe que l'expulsion de l'œuf vide, tassé sur lui-même, est parfois très rapide hors de la cavité corporéale de l'utérus, mais que bien au contraire, son passage à travers le conduit cervical ne va pas sans une ampliation de ce canal, ampliation toujours lente, vu la résistance des orifices, surtout chez la primipare, on comprend que l'œuf est comme un polype emplissant le col distendu et aminci, et suspendu par un pédicule mince à l'orifice interne remonté très haut. Dans ces cas, le col reste, longtemps après l'expulsion, gros et déformé. C'est là une subinvolution cervicale partielle coïncidant d'ailleurs souvent avec une flexion antérieure exagérée. La cavité cervicale reste démesurément longue, et c'est un contraste frappant que la disproportion qui existe entre ses dimensions

exagérées et celles de la cavité du corps qui paraît notablement réduite en longueur et en largeur. L'antéflexion qui existe, dans ces cas, porte visiblement sur le segment cervical et c'est plutôt une courbure qu'un angle qui est observée. Cette courbure a son centre à l'isthme utérin, tandis que la plupart des flexions portent, comme on sait, à l'union du col et du corps de l'organe. Le segment cervical affaissé est généralement descendu au contact du plancher résistant du bassin, grâce à la laxité acquise par le ligament utéro-sacré, au cours de la distension considérable et prolongée subie par la cavité du col.

Plus tard, l'organe est surtout altéré dans la région de l'isthme et c'est le mécanisme d'un grand nombre de flexions avec allongement atrophique du segment sus-vaginal du col.

4° Causes générales. — Que l'on admette comme mécanisme de l'arrêt d'involution la trop longue persistance des fibres utérines sous leur forme gravidique, avec transformation graisseuse nulle ou insuffisante,— que l'on admette, avec West, qu'il y a vice dans la résorption et la reprise des éléments dégénérés par l'organisme, — il est certain que tous les troubles qui se rattachent avant tout à la marche de la nutrition générale, auront un retentissement marqué sur le phénomène de l'involution.

A l'état normal même, il est constant de voir un simple acte physiologique, l'*allaitement*, jouer un rôle dans ce phénomène. L'involution régulière, un instant retardée au moment de la montée du lait, au troisième jour, d'après Wieland, marche plus activement lorsque la sécrétion lactée est entretenue d'une façon suivie : en d'autres termes, la subinvolution s'observe beaucoup plus rarement chez les femmes qui nourrissent.

Scanzoni, qui a beaucoup insisté sur cette relation entre le fonctionnement de la glande mammaire et la régression utérine, va même jusqu'à attribuer la fréquence de la métrite chronique consécutive à la subinvolution, chez les femmes du monde, à leur mauvaise habitude de plus en plus répandue de ne pas allaiter elles-mêmes leurs enfants. Sur 100 femmes atteintes d'affections utérines, Aran en a trouvé 70 qui n'avaient pas allaité leurs enfants.

Quant à l'interprétation de cette relation, on peut la trouver dans l'action réflexe stimulante que l'excitation de la glande mammaire possède sur l'utérus et qui est bien connue. Cazaux a remarqué que, pendant les premiers jours qui suivent l'accouchement, certaines femmes ont des tranchées utérines chaque fois qu'elles allaitent leurs enfants. On peut aussi, avec Fauquez, invoquer l'absence du retour des règles chez la nourrice et la suppression de cette cause périodique de congestion utérine qui vient, chaque fois, troubler la régression utérine dans son principe, c'est-à-dire la vascularisation du muscle utérin.

Je ne me sens pas actuellement suffisamment pourvu de documents personnels pour trancher cette question, qui divise un grand nombre d'accoucheurs, car s'il en est qui proclament la nécessité absolue de l'allaitement maternel, au point de vue de la santé des organes génitaux de la mère, il en est qui pensent bien faire en interdisant l'allaitement à toute une catégorie de femmes, principalement celles des grandes villes.

En réalité, il suffit souvent de quelques précautions pour prévenir les fâcheuses conséquences que certains semblent redouter pour l'utérus, dans les cas de non allaitement. La subinvolution est bien une condition prédisposante de la métrite, mais, avec un traitement rationnel, on en a aisément raison. Il suffit que par ailleurs, les parties génitales soient tenues rigoureusement aseptiques pour que tout danger de métrite soit écarté. Et c'est cette facilité même d'éviter tout accident et la rareté d'un trouble quelconque en pareil cas, qui me paraît enlever beaucoup de son importance à l'affirmation de Scanzoni.

Ecarts d'hygiène post-partum. — Fauquez attache une grande importance, parmi les causes occasionnelles de la subinvolution, à la reprise prématurée des *exercices fatigants* après l'accouchement, et surtout à la reprise prématurée des *rapports conjugaux*, cause d'irritation locale, de réflexes congestifs, d'hypérémie surtout, l'érection utérine venant contrarier le travail régulier de déplétion vasculaire de l'organe.

Maladies générales, infectieuses, diathésiques, organiques, etc.— Les maladies infectieuses générales, fièvre typhoïde, impaludis-

me, phthisie, cachexie syphilitique, les affections rénales au cours de la grossesse, ont sur l'involution une influence dûment constatée, sur laquelle les anciens insistaient déjà beaucoup et que les modernes n'ont pu que confirmer.

Il y a plus : tous les troubles constitutionnels, toutes les dyscrasies, toutes les causes, en un mot, qui peuvent attarder les échanges nutritifs, aident à expliquer l'arrêt ou la lenteur de la régression tissulaire de l'utérus.

Les dyscrasies, résultant d'un désordre *circulatoire* général ou d'une affection chronique des voies *respiratoires*, agissent comme les perturbations locales portant seulement sur la circulation pelvienne.

A l'époque où la doctrine de l'infection n'était pas née, et où les causes banales pouvaient seules être interrogées pour l'étiologie des affections torpides de l'utérus, qui survenaient assez longtemps après l'accouchement, les anciens cliniciens avaient parfaitement compris toute l'importance que prend en pareil cas la constitution du sujet, c'est-à-dire son degré de résistance personnelle. Aujourd'hui, cette notion de la résistance du terrain n'a fait que se confirmer en éclairant davantage encore la pathologie utérine, et l'on peut dire que, dans ces circonstances, la masse des observations cliniques accumulées par les anciens conservent toute leur force ; et la conclusion que posait Tillot en 1875 reste toujours vraie, à savoir que bien souvent la lésion est dans l'utérus et la maladie dans l'organisme.

Donc, s'il est des désordres utérins auxquels ces notions peuvent être appliquées, c'est sûrement aux troubles de l'involution.

Ici, comme nous l'avons dit, tout ce qui peut contribuer à affaiblir le mouvement des échanges, joue un rôle certain.

Grossesses répétées, surmenage de l'appareil gestateur.— En première ligne vient l'influence des *grossesses répétées* à trop brève échéance. Celle-ci est indéniable.

Sans doute, il est possible théoriquement, et en se reportant à l'état de nature, de concevoir que la répétition de l'acte reproducteur chez la femme n'obéisse à d'autres lois que celle de la succession régulière des diverses fonctions de cet acte : grossesse, accouchement, allaitement de l'enfant jusqu'à ce que ses organes

digestifs soient aptes à se suffire avec d'autres aliments que le lait maternel. C'est ainsi du moins que chez la femelle, dans le règne animal, s'accomplit généralement la reproduction ; le retour du rut n'apparaissant qu'après le sevrage du produit.

Chez la femme, il faut accepter que la durée du cycle reproducteur comprend les neuf mois de la gestation et 12 à 15 mois environ d'allaitement absolu ou mixte, ce qui fait 22 à 25 mois, c'est-à-dire 2 ans en moyenne. Il s'ensuit que le retour de chaque nouvelle grossesse semble fixé par cette date de deux ans ; et d'ailleurs, hormis des exceptions, c'est à ce moment que l'utérus affirme la reprise de son fonctionnement normal par l'apparition régulière des menstrues, chez la femme qui a nourri.

Voilà ce qu'on peut admettre, dis-je, pour l'état de nature, autrement dit l'état sauvage. Mais il faut tenir compte de la diminution de résistance imposée par les mauvaises conditions de l'hygiène dans les villes populeuses, de l'hérédité morbide, de l'affaiblissement des races, etc. A tout prendre, on ne voit guère la gestation se répéter impunément, un grand nombre de fois, à intervalles rapprochés que chez les femmes robustes de la campagné et celles des classes privilégiées de la société moderne des villes.

En dehors de ces conditions, la parturition répétée tous les deux ans devient une charge trop lourde pour l'immense majorité des femmes qu'il nous est donné d'observer.

A plus forte raison, l'involution parfaite des organes, qui n'est pas assurée par un repos suffisant, me paraît-elle devoir être très problématique, alors que les grossesses se succèdent presque sans interruption, une nouvelle gestation commençant quelques mois, quelques semaines même après l'accouchement.

Il me paraît difficile que l'on puisse regarder ces conditions autrement que comme une dérogation formelle aux lois naturelles.

Ce qui est certain, c'est que les femmes qui ont effectué quatre grossesses en cinq ou six ans,— et il en existe,— se trouvent, au bout de ce temps, dans des conditions déplorables, tant au point de vue de l'état général qu'au point de vue des organes sexuels.

Pour employer l'expression la plus propre, il y a *surmenage*.

Du côté des viscères, on observe assez fréquemment de l'atonie. L'intestin, l'estomac fonctionnent paresseusement, d'où

ectasies paralytiques, dyspepsies.— Du côté des centres nerveux, on observe la paresse du mouvement, la paresse de la pensée et une sorte de torpeur avec tristesses faciles, tendances à la lypémanie, symptômes qui sont comme l'ébauche d'une neurasthénie particulière. Du côté du cœur et des vaisseaux, troubles passagers, mais très réels : irrégularités, tachycardie. Si le sujet y était prédisposé antérieurement par sa profession, on observe des dilatations variqueuses dans les membres inférieurs. L'ectasie veineuse existe également dans les viscères pelviens. C'est dans ces conditions que j'ai souvent rencontré, avec des hémorrhoïdes volumineuses, une dilatation des veines pariétales du vagin, du ligament large et des annexes.

Cet état, d'ailleurs, trouve une sorte de corollaire dans le relâchement musculaire général de l'appareil génital ; et c'est ici qu'apparaît, sur son vrai terrain, le phénomène propre de la subinvolution, considérée en général pour l'économie tout entière, superposé à la subinvolution *génitale*, celle qui regarde plus spécialement la gynécologie.

Mais après cette rapide analyse des troubles variés consécutifs aux grossesses trop rapprochées, il est aisé de voir, que s'il y a corrélation dans la production des uns et des autres, il n'en est pas moins vrai que certains d'entre eux concourent plus directement à la déchéance du système génital. Ce sont surtout les lésions cardio-vasculaires et la neurasthénie.

Pour me résumer, je pense qu'il est permis d'envisager la subinvolution, très fréquente chez les grandes multipares :

1° comme la résultante directe du surmenage utérin avec incomplète *restitutio ad integrum* ;

2° comme l'effet indirect des troubles d'ordre général engendrés, dans l'organisme, par cette même répétition trop fréquente des grossesses.

C'est surtout dans les centres populeux et dans la classe laborieuse, où la fatigue professionnelle s'ajoute aux privations et à la mauvaise hygiène, que la subinvolution acquiert son maximum de fréquence et d'intensité.

Cependant, dans des milieux où les conditions hygiéniques et sociales sont, en apparence, aussi parfaites que possible, la subinvolution existe aussi chez les grandes multipares. En ana-

lysant bien les observations de ces malades, on trouve presque toujours un vice originel ou acquis, se traduisant par la lenteur des échanges nutritifs. Ces femmes ont de la tendance à l'obésité ; le côté psychique est facilement affecté chez elles. On comprend que chaque grossesse devienne une condition fâcheuse pour l'exercice de la marche, des mouvements au grand air, en en mot, de tout ce qui pourrait nuire à l'activité de la nutrition. Ces femmes adoptent volontiers une vie très sédentaire qui, avec les excès d'alimentation habituels aux femmes enceintes, constitue la pire des hygiènes. Dans de semblables conditions de nutrition, elles engraissent presque fatalement et l'involution utérine se fait avec une extrême lenteur.

Quant aux modifications matérielles de l'utérus dues à la subinvolution, elles sont bien connues et faciles à intrepréter, après ce que nous avons dit jusqu'ici.

Fauquez distingue trois cas :

L'utérus reste plus développé sans subir aucune modification nouvelle dans sa texture.

Ou bien, il y a eu déjà résorption partielle des éléments qui ont subi la dégénérescence graisseuse (1) et l'utérus présente, soit des parois également amincies, avec une augmentation notable de sa longueur et de sa cavité, soit des parois inégalement amincies, la résorption s'étant trouvée plus avancée en certains points.

Ou enfin, ce n'est plus une régression simple des éléments anatomiques, mais bien une véritable prolifération qui donne à l'utérus une texture exclusivement musculeuse. C'est la forme hypertrophique.

Ces vues veulent être discutées, mais elles sont admissibles pour le présent.

Symptômes de la subinvolution.

Les symptômes propres à la subinvolution sont de deux ordres : *signes physiques et signes fonctionnels.*

(1) Saenger. Die Ruckbildung der Muscularis des puerperalen Uterus 1887. *Centralbl. f. Gynaeck.*, 1888, p. 192.

Les signes physiques sont :
L'*augmentation de volume* de l'organe ;
La *mollesse de son tissu ;*
Les *troubles de statique : déviations, abaissement.*

L'*augmentation de volume* est très variable : tantôt l'utérus accuse à l'hystéromètre une longueur de 8, 9, 10 centimètres et même plus ; tantôt il dépasse à peine le niveau du pubis. Ce volume est d'ailleurs variable, comme on le conçoit, suivant l'âge et le degré de la maladie. Le col surtout reste volumineux, rouge, tuméfié, admettant facilement l'introduction du doigt, surtout chez les multipares. Cependant il faut distinguer. Le plus souvent, quand il s'agit de femmes accouchées depuis deux ou trois semaines seulement, le museau de tanche, la portion sous-vaginale, est réduit à une très minime saillie à peine appréciable au fond du vagin. Les lèvres souvent déchirées sont saillantes de un à deux centimètres à peine. C'est donc la portion *sus-vaginale* qui, dans ces cas, est restée atone et volumineuse. Il semble que le corps de l'utérus et partie du col soient comme attirés vers la cavité abdominale. On peut aussi admettre que la réduction apparente du museau de tanche tient à une sorte de décollement persistant du fornix vaginal dû à la laxité du paramétrium.

L'isthme utérin est très volumineux et l'on ne trouve plus trace de la séparation existant normalement entre les deux segments de l'utérus, col et corps.

Cette béance du col et ce volume persistant de l'isthme utérin sont sensiblement plus prononcés dans la subinvolution qui suit la fausse-couche, que dans celle qui succède à l'accouchement normal : c'est là un fait observé par moi depuis longtemps, et dont la raison paraît être que, dans l'avortement, l'œuf peut rester logé très longtemps dans la cavité cervicale avant d'être éliminé. On peut même dire, à mon sens, que la rétraction normale et probablement aussi l'involution du corps de l'utérus sont déjà effectuées, alors que le col est encore distendu par le placenta ou l'œuf.

La *mollesse du tissu utérin* a été décrite suffisamment plus haut pour que je n'aie pas à y revenir ; elle correspond à l'engorge-

ment passif ou période d'infiltration que Scanzoni plaçait, non sans raison, au début de sa métrite chronique.

L'atonie spéciale du muscle utérin et des parois musculaires des vaisseaux, qui est l'un des faits les plus marquants dans le phénomène morbide de l'involution, se révèle parfois par un singulier effet: c'est la facilité avec laquelle la matrice est distendue par le sang susceptible de s'épancher dans sa cavité.

Une de nos malades âgée de 26 ans, C. Marie, a eu coup sur coup deux enfants qu'elle a nourris, quoi qu'elle soit d'une constitution assez débile. Elle se présente quinze mois après une fausse couche qui a suivi de près le sevrage de son dernier enfant. Cette fausse couche a été le prélude de troubles continuels et croissants, principalement de métrorrhagies. Je l'examine et je reconnais un utérus gros, mou, dont le corps, de forme presque globuleuse, est augmenté dans tous les sens, dont le col montre des lèvres épaissies et éversées avec un ectropion violacé, d'aspect fongueux et végétant. J'introduis le cathéter, et je vois s'écouler un peu de sang noirâtre demi-coagulé, ce qui me détermine à pratiquer un raclage superficiel dans un but d'exploration. Je m'aperçois bien vite pendant cette opération, absolument indolore d'ailleurs, que l'utérus augmente rapidement de volume et acquiert en quelques secondes les dimensions d'une orange. L'opération était terminée et pas la moindre goutte de liquide n'avait été expulsée. Après le retrait de la curette qui ramène une parcelle de muqueuse épaissie, l'orifice étant assez large, je fis une injection antiseptique intra-utérine qui détermina la sortie d'une certaine quantité de sang épais et le retour aux dimensions premières. Au maximum de sa distension, la mensuration de la cavité donnait 11 cm. tandis que la dimension première était de 7 à 8 cm.

Les *troubles de la statique utérine*, dans la subinvolution, relèvent de causes multiples. Le volume et le poids anormal de l'organe, le peu de consistance de son tissu, l'involution incomplète de ses ligaments et de la paroi abdominale elle-même sont autant de facteurs qui unissent ici leur action.

Le plus souvent, on trouve l'utérus *antéfléchi*, mais il existe fréquemment aussi un abaissement total du diaphragme pelvien et un degré variable de *prolapsus* avec relâchement des parois vaginales.

La *rétroversion* s'observe plutôt dans les cas de relâchement vaginal, surtout s'il y a eu déchirure périnéale. A vrai dire quand la femme a gardé le repos au lit et que le défaut d'involution relève de causes diathésiques ou infectieuses, et non d'une reprise trop précoce des fatigues journalières, c'est la rétroversion que l'on observe le plus souvent. Quant aux raisons tirées de la plus grande épaisseur de la paroi postérieure de l'utérus, par suite, selon Scanzoni, de l'insertion plus fréquente du placenta en cette région, elle ne me paraît pas avoir une très grande importance.

Les troubles de la statique sont surtout ici une question de *subinvolution des ligaments*.

Les signes fonctionnels sont :

les *hémorrhagies*,

la *leucorrhée*,

les *douleurs lombaires*,

les *troubles urinaires*, que nous retrouvons à propos de tous les processus hyperplasiques de l'utérus et qui sont décrits en détail avec les symptômes de la métrite.

Diagnostic de la subinvolution.

Le *diagnostic* de la subinvolution est facile à établir avec les commémoratifs.

Je ne reviendrai pas ici sur la distinction de la subinvolution et de la métrite confirmée, que j'ai suffisamment étudiée plus haut. Je signalerai seulement la confusion possible avec la *myomatose* diffuse au début, que la grossesse pouvait dissimuler, et dont la confirmation ne sera possible que par l'observation prolongée du sujet.

Traitement de la subinvolution.

Le traitement est *préventif* ou *curatif*, et toujours subordonné aux symptômes.

Le traitement *préventif* consiste dans la pratique d'une exacte antisepsie, avant, pendant et après l'accouchement.

On n'insistera pas trop sur la rigueur du repos au lit.

Les accoucheurs ont apporté une exagération réelle dans la fixation de la durée de l'alitement, et partant du séjour à la chambre. De la période quasi-fatidique de *neuf* jours qui a été le guide empirique pendant si longtemps, on est allé, à titre de réaction sans doute, à la période de vingt et vingt-cinq jours.

Il existe à cet égard, dans le public et parmi les médecins, un préjugé qu'il faudrait dissiper soigneusement. Comme tout le monde, j'ai cru pendant un certain temps que bien des troubles de l'involution post-puerpérale avaient leur origine dans l'insuffisance du repos gardé au lit après l'accouchement. Mais j'ai bien vite reconnu que, dans nombre de cas, c'était là une erreur. Il y a eu là-dessus des expériences très précises faites en Allemagne. Pour mon compte, dans le service que j'ai dirigé, par intérim, à l'hôpital Tenon, j'ai pu constater tous les avantages qu'il y avait à ne pas trop prolonger, chez l'accouchée, le *décubitus dorsal*, situation qui favorise la congestion des organes du petit bassin. Les lois de la pesanteur ne perdent jamais leurs droits, et l'espèce humaine étant constituée de façon à se tenir debout, je crois qu'il existe alors un certain degré de congestion hypostatique, que l'on pourrait comparer à celle qui se produit à la longue dans le parenchyme pulmonaire et qui constitue pour le retrait du tissu utérin une circonstance défavorable. Cependant ce n'est là qu'une hypothèse.

D'autre part, la reprise modérée du mouvement et de la marche, l'exposition au grand air, la distraction, et la suractivité organique qui est la conséquence de ces conditions hygiéniques spéciales, hâtent le mouvement intime de dénutrition de l'appareil génital. J'ai fait lever prématurément, à titre expérimental, avec de grandes précautions et une surveillance spécialement rigoureuse, quelques-unes de mes accouchées, quand la parturition avait été normale et dépourvue de troubles, d'accidents, de déchirures, d'interventions obstétricales surtout. Les unes se levaient le sixième ou le septième jour, et d'autres dès le cinquième jour. Je leur faisais garder un tampon à demeure, renouvelé de temps en temps, et je leur prescrivais la marche, non la reprise

des travaux journaliers ; et j'ai habituellement vu, dans ces cas, l'involution s'effectuer avec une plus grande rapidité que chez la femme demeurée couchée. Je ne veux pas tirer de conclusions positives d'observations trop insuffisantes, mais cet aperçu m'a paru nécessaire à exposer.

C'est d'ailleurs ainsi que les choses se passent à l'état de nature ; et c'est un fait bien connu que chez les peuplades sauvages, la femme aussitôt délivrée, s'étant à peine arrêtée pour accoucher, se remet en route, et repart bravement reprendre sa vie nomade. Sans aller si loin, combien de femmes dans nos campagnes se lèvent peu de jours après leurs couches et ne s'en portent pas plus mal !

Le préjugé veut que les descentes de matrice que l'on observe chez les femmes de la campagne, aient leur origine dans ce fait. J'ai la conviction qu'il n'en est rien, et que la cause de ces prolapsus est ailleurs ; elle est dans les déchirures périnéales si fréquentes chez les accouchées de la campagne, déchirures qui ne sont jamais réparées, et qui entraîneront fatalement le relâchement des parois vaginales et l'abaissement de tout le système suspenseur de l'utérus.

Je tiens à faire remarquer que je ne cite point ces faits comme exemples à suivre pour nos accouchées de la ville, ni même comme l'idéal de l'hygiène des couches, mais uniquement pour les mettre en opposition avec la pratique de l'alitement trop prolongé qui me paraît réellement une anomalie.

Entre ces deux extrêmes se trouve la limite moyenne favorable à l'involution et non aux accidents que l'on redoute sans trop réfléchir.

Je considère donc comme une bonne mesure prophylactique de la subinvolution de commencer à faire lever la femme, celle dont l'accouchement a été normal, je le répète, au bout de dix à douze jours. Un tampon antiseptique bien fait et bien disposé suffira à soutenir l'utérus, s'il est encore volumineux. La marche, l'exercice, en ranimant l'activité circulatoire et en augmentant, d'une façon générale, l'excitabilité du tissu musculaire, agissent bien plus favorablement sur le travail de regression de l'utérus, sur la résorption des fibres nécrobiosées, que l'immobilité *prolongée*, comme elle l'est parfois, non seulement pendant le cycle sa-

cramentel et ridicule de 9 jours, mais pendant 3 semaines, et même *vingt-cinq* jours, ainsi que trop d'accoucheurs le recommandent.

Une thérapeutique active pourra être adjointe à cette prophylaxie. Une alimentation reconstituante, l'emploi des affusions froides, des frictions au gant de crin, et plus tard, l'hydrothérapie raisonnée, seront ici de précieux éléments de succès : en un mot, il s'agira, par tous les moyens diététiques et hygiéniques à notre disposition, de relever l'état général et d'augmenter le degré de vitalité des tissus.

Contre les retards manifestes de l'involution, s'accusant par les symptômes cliniques indiqués plus haut : hémorrhagies, leucorrhée, signes d'engorgement utérin, on pourrait, en outre de l'hydrothérapie, faire appel au massage utérin, qui trouve ici une importante indication, peut-être la plus justifiée de toutes, soit dit sans plaider la cause de cette méthode très discutable dans l'application.

Mais nous disposons, contre la persistance de cet état de l'utérus, de moyens plus actifs, qui ont été bien étudiés dans la thèse récente de M. Poulat (1).

Ces moyens relèvent soit du *traitement médical*, soit du *traitement électrique*, soit du *traitement chirurgical*.

Les moyens médicaux consistent dans l'emploi des médicaments connus pour réveiller la contractilité de la fibre utérine, le *sulfate de quinine*, l'*ergot de seigle*, la *digitale* (Gallard), l'*hydrastis canadensis*. Les Américains se servent beaucoup de ce dernier médicament qu'ils emploient sous forme d'extrait fluide, à la dose de 30 à 80 gouttes par 24 heures, contre les hémorrhagies par atonie de la musculature (2).

De Tornery (3) a vu des utérus, sous l'influence de cette médi-

(1) H. Poulat. Etude clinique sur quelques-uns des traitements de la subinvolution utérine. *Thèse de Paris*, 1892.

(2) Schatz, *Berlin. klin. Woch.*, 1886, *Cent. f. Gynaek.*, 1888, p. 394. — Cabanès, *Thèse de Paris*, 1889. — Jermans, Diss. inaug., Berlin 1886. — Mendes de Léon, *Arch. f. Gyn.* 1887. — Pallin, *Rev. des maladies des femmes*, 1886. — Torgler, *Wiener medicinische Presse*, 1886. — Heitzmann, *Zeitschrift für Gynaek und Geburtskunde*, 1887. — Goeth, *Lancet*, 1888. Voy. Gordon, Ivotpisef, Fellner, Wilcox, Marcigay, etc.

(3) De Tornery. In. Poulat, *loc. cit.*, p. 18.

cation, réduire leurs dimensions de 9 et 10 centimètres à 8 et même 7 centimètres, les progrès de la régression étant mesurés chaque jour à l'hystéromètre. Poulat attribue cette régression bien plus à la disparition de la congestion passive à laquelle l'utérus était soumis jusqu'alors, qu'à une action directe sur la fibre musculaire, bien que certaines femmes aient déclaré avoir éprouvé des coliques utérines après l'absorption du médicament. L'hydrastis est en outre un tonique amer et stomachique qui contribue beaucoup, d'autre part, au relèvement des fonctions digestives et de la nutrition générale, élément de succès capital dans le traitement de l'affection qui nous occupe.

L'*eau chaude* (Emmet, Budin, Labadie-Lagrave, Duval) (1) a également de nombreux partisans. Elle sera employée à la température de 40° ou 45° au plus, soit en injections vaginales prises, la malade étant couchée, soit en injections intra-utérines données par le médecin lui-même. L'eau chaude agit ici comme les hémorrhagies post-partum en provoquant une décongestion énergique de tout le petit bassin et en faisant contracter la fibre utérine et la paroi des vaisseaux.

L'*électricité* rend, dans la subinvolution, des services très appréciables.

On emploiera soit la *faradisation* soit les *courants continus*.

Pour la *faradisation*, on fera usage du gros fil et des courants de *quantité* : on n'aura recours au fil fin et aux courants de *tension* que chez les femmes très nerveuses et très impressionnables ; encore vaudrait-il mieux, au bout de quelques séances, les ramener aux courants de quantité.

Tripier emploie un électrode unipolaire appliqué sur la partie antérieure du canal utérin, l'autre étant placé au-dessus du pubis.

Apostoli fait usage d'un excitateur bi-polaire qu'il place dans l'utérus.

Les séances seront courtes et répétées assez fréquemment ; trois à six minutes représentent les limites d'une séance ordinaire ; elles seront répétées 3 à 4 fois par semaine.

Pour le *courant continu*, M. Apostoli place le pôle positif dans l'utérus et fait arriver le courant négatif sur une plaque de matière inerte placée sur l'abdomen (gâteau de terre glaise, plaque

(1) Duval. *Thèse de Paris*, 1885.

de gélatine, etc.) : il emploie des courants de haute intensité qui peuvent atteindre jusqu'à 250 milliampères.

M. Danion se sert de courants de 60 à 70 milliampères et insiste surtout sur le renversement fréquent du courant.

M. Chéron emploie le courant continu, avec interruptions fréquentes et rythmiques au moyen d'une sorte de métronome ; il place le pôle positif (excitateur unipolaire) dans l'utérus, et fait aboutir le courant négatif à une plaque de plomb ou d'étain flexible, percée de trous et recouverte d'une couche d'amadou ou d'une peau de chamois.

J'ai retiré, pour ma part, de meilleurs effets de la faradisation que de la galvanisation. J'emploie l'électrode bi-polaire intra-utérine et aussi l'électrode vaginale avec le pôle d'excitation positive porté sur le cul-de-sac vaginal postérieur.

Les bons effets de l'électrisation dans la subinvolution sont dus surtout au réveil de la tonicité du muscle utérin : le *curettage* électrique, comme l'a appelé Apostoli, en parlant de l'action galvano-caustique qu'il obtient au pôle positif sur la muqueuse, n'est pas ici en cause, les cautérisations ainsi obtenues étant toujours très faibles et très superficielles et condamnables par certains côtés.

De plus, le courant *ascendant*, réalisé en plaçant le pôle positif dans l'utérus, est doué de propriétés décongestives réelles, comme l'a montré Onimus, probablement par son action constrictive sur les tuniques vasculaires ; et il y a là un élément important d'action sur les troubles de congestion passive qui entretiennent la subinvolution.

III

TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE.

Fausses métrites de la ménopause.

Beaucoup plus fréquemment encore que pour l'établissement de la menstruation, on voit apparaître, avec la fin de celle-ci,

des troubles d'ordre très varié. Ces troubles plus ou moins graves, toujours redoutés des femmes, ont valu à l'époque du retour d'âge, la désignation significative *d'âge critique* ; c'est également à certains de ces troubles que se rapporte vraisemblablement l'expression de métrite des *vieilles femmes* et celle de *métrite crépusculaire* imaginée récemment.

En réalité, il n'y a souvent là rien qui puisse justifier le nom de métrite, puisque ces phénomènes se produisent en dehors de toute action inflammatoire et correspondent plutôt à ce qu'on a appelé l'engorgement utérin.

Nous y retrouvons, au contraire, un certain nombre de caractères déjà observés dans la métrite des vierges à atonie du muscle, congestion, spasmes divers, c'est-à-dire des troubles vasomoteurs, d'origine réflexe, auxquels s'adjoignent des altérations de structure, corrélatives de l'atrophie sénile de l'organe.

On peut admettre, en effet, que la cessation de la ponte ovarienne, en entraînant la suppression du molimen menstruel qu'elle provoquait régulièrement du côté de la muqueuse utérine, est le point de départ probable de la perturbation circulatoire d'où naît, à un moment donné, l'engorgemeut utérin ; de là les hémorrhagies, les irrégularités de la menstruation, qui marquent souvent les dernières étapes de la vie de l'utérus.

L'étude de ces phénomènes peut être faite d'une façon assez précise, et avec une rigueur presque expérimentale par l'observation de ce qui se passe après la ménopause *artificielle* réalisée par la castration double.

Après la castration, les règles sont supprimées, hors le cas exceptionnel d'ovaires accessoires. Bientôt l'atrophie de l'utérus et sa régression viennent confirmer la clôture de la vie génitale de la femme. Des phénomènes réactionnels d'ordres généraux apparaissent : congestions viscérales éloignées, hémorrhagies supplémentaires,parfois régulières et à rythme mensuel, troubles circulatoires, troubles nerveux, psychiques même ; on a observé jusqu'à des cas de folie. Tous ces troubles peuvent s'exagérer aux époques ordinaires des règles, attestant les habitudes déjà contractées par l'organisme tout entier, solidaire de la vie utérine, et dont le retentissement s'exerce même sur les organes qui paraissent en être le plus indépendants. La

femme a acquis un besoin de la spoliation sanguine à laquelle elle s'est habituée, et parfois l'établissement spontané d'hémorrhoïdes ou l'emploi rationnel des purgatifs à époque fixe ont pu faire rentrer dans l'ordre tous les troubles auxquels nous venons de faire allusion.

Dans la ménopause *naturelle*, on peut observer tous ces faits, bien qu'à un degré en général moins marqué.

Les troubles généraux se ramènent le plus souvent à des perturbations d'ordre circulatoire et à quelques phénomènes nerveux (1).

L. Tait note la manie épileptique et insiste sur la disposition à l'alcoolisme (2).

Mais en revanche, les phénomènes locaux sont ordinairement plus marqués. Nous observons alors cette étroite solidarité qui relie entre eux tous les éléments physiologiques de l'appareil génital féminin. A l'époque de l'âge critique, il semble que l'appareil entier soit mûr pour la déchéance : les modifications de structure du tissu utérin attestant la vieillesse de l'organe sont déjà préparées, et l'arrêt du réflexe ovarien ne fait que lui donner le coup de grâce. Il y a même des cas, où le rôle de l'utérus paraît achevé avant celui de l'ovaire, comme le prouvent quelques observations de fécondation après la ménopause. Dans d'autres, au contraire, c'est la vitalité du tissu utérin qui persiste et qui, déviée de son rôle, se traduit par une hypersécrétion catarrhale du col ou des proliférations néoplasiques bénignes, que nous décrirons plus tard.

Après la castration, c'est, pour l'utérus, la mort subite en pleine activité : la dégénérescence anatomique est régulière et prompte, sans déviation vers une néoformation pathologique ; tout au contraire, voit-on la prolifération myomateuse, quand elle existe, s'enrayer le plus souvent dès que la castration a été pratiquée. De là, comme on le sait, est née l'opération de Hegar qui est la castration systématique pour amener l'atrophie des fibromes.

C'est donc peut-être par l'aptitude aux viciations de la dégénérescence normale que se distinguerait la ménopause *naturelle* de

(1) Bruant. *De la mélancolie survenant à la ménopause.* Th. de Paris, 1888.
(2) L. Tait. Tr. des maladies des femmes, p. 235.

l'artificielle. Les phénomènes réactionnels sont, en général, moins intenses et d'ailleurs sont toujours d'ordre contingent, tandis que les phénomènes locaux sont inévitables. Le processus de dégénérescence est un fait normal : l'utérus, comme le thymus, par exemple, est un organe transitoire dont la sclérose est l'aboutissant naturel. Mais, dans beaucoup de cas, surtout lorsque les questions de diathèse entrent en jeu, cette sclérification suit une marche plus ou moins rapide plus ou moins régulière et s'accompagne de troubles physiologiques divers dont quelques-uns ont pu en imposer pour une inflammation de l'organe, ce qui a conduit certains auteurs à la création de l'entité pathologique spéciale désignée sous le nom de *métrite de la ménopause*, etc.

C'est à l'époque des dernières règles que la confusion, au point de vue clinique, peut devenir possible. L'utérus passe alors par une période critique, durant laquelle on voit, à une aménorrhée d'un ou plusieurs mois, succéder des hémorrhagies très prolongées de 15 à 18 jours.

Durant ce temps, l'utérus est énorme, succulent, très mou ; il saigne facilement, se prête aisément aux inflexions auxquelles il pouvait déjà être prédisposé ; d'autre part, on constate très fréquemment un certain degré de prolapsus avec affaissement des parois vaginales.

Presque constamment il existe une *leucorrhée* plus ou moins intense, apparaissant pendant les périodes d'aménorrhée et alternant avec elles. Le col est gros, turgide, béant ; les glandes se gonflent et tendent fréquemment à la dégénérescence kystique.

Le *muscle* ne reste pas étranger à ces troubles, et l'on constate à ce moment de véritables pseudo-hypertrophies pouvant en imposer pour un début de myomatose. Le diagnostic est particulièrement délicat dans certains cas, comme j'en ai vu, où la femme est affectée en même temps de polypes fibreux. Je possède plusieurs observations de malades de ce genre, que j'ai débarrassées de productions polypeuses quelques années avant l'apparition de l'âge critique et qui, ce moment venu, ont présenté une hypertrophie tout à fait surprenante de l'utérus, coïncidant avec les périodes fluxionnaires aménorrhéiques et disparaissant à la suite de pertes sanguines très considérables. Il est des cas dans lesquels j'ai dû intervenir par le curetage et l'ablation du col :

l'examen des pièces m'a permis alors d'établir qu'il ne s'agissait pas de lésions inflammatoires de la muqueuse capables d'expliquer les hémorrhagies, et de faire rapporter le trouble à la fibre utérine.

Les lésions sont plutôt celles de l'atonie pseudo-hypertrophique précédant l'atrophie : les fibres musculaires n'ont plus la solidité et l'énergie suffisantes pour maintenir le tonus du muscle, circonstance à laquelle s'adjoint l'altération sénile des parois vasculaires pour favoriser la fluxion excessive et l'apparition des hémorrhagies.

C'est encore ici, comme nous l'avons vu pour l'engorgement utérin et la subinvolution, la période congestive précédant la sclérose et si bien décrite par Scanzoni comme début de ce qu'il appelait la métrite chronique.

Modifications anatomiques de l'utérus.

Les phénomènes que l'on peut observer au moment de la ménopause, sont de deux ordres, avons-nous dit : les uns consistent dans des *transformations plastiques*, les autres dans des *troubles réactionnels*.

Les *transformations plastiques* portent sur le *muscle* et sur la *muqueuse*.

a) **Muscle**.— Les modifications dont le muscle est le siège consistent dans l'atrophie graduelle de la fibre lisse et l'envahissement des faisceaux par la prolifération du tissu conjonctif interstitiel ; ce dernier tissu est le siège d'une véritable hyperplasie conjonctive tendant à l'état adulte, avec formation de noyaux jeunes et apparition de fibres connectives nouvelles, venant étouffer les faisceaux musculaires en voie d'atrophie.

Les parois vasculaires elles-mêmes prennent part à cette sclérification : les artères vieillissent rapidement, deviennent dures, étroites. J'ai observé que quand des hémorrhagies apparaissent dans les vieux utérus, elles sont généralement considérables, sans doute par le fait de la moindre quantité de l'élément contractile, par rapport à l'abondance de l'élément conjonctif inerte. Pour Collinet (1), l'artério-sclérose, déjà signalée par Williams,

(1) Collinet. Modifications des organes génitaux de la femme à l'époque de la ménopause. Th. de Paris, 1887.

est même primitive et précède l'atrophie parenchymateuse dont elle peut être regardée comme la *cause directe*.

En même temps, l'organe entier diminue de volume. L'utérus dont l'atrophie a été régulière, se trouve réduit à un nodule fibreux mesurant souvent la grosseur d'une noix. Le col surtout arrive à disparaître presque complètement, en même temps que l'orifice interne tend à s'oblitérer.

Notons, en passant, que les annexes subissent, concurremment, une régression identique portant sur tous leurs éléments. Il en est un cependant qui persiste de part et d'autre, en raison de ses attaches centrales et peut être de son inaptitude à la dégénérescence fibreuse : c'est l'élément nerveux. L'utérus atrophié et surtout l'ovaire restent sensibles dans bien des cas : il n'est pas rare d'observer des femmes âgées, en dehors de celles qui présentent des lésions constituées, continuer à bénéficier des impressions d'ordre sexuel avec un ovaire atrophié et un utérus hors d'usage.

b) **Muqueuse**. — Les altérations notées dans la muqueuse sont empreintes du même caractère que celles du muscle.

L'élément conjonctif, dans le derme muqueux s'hyperplasie et devient envahissant : il étouffe peu à peu les glandes enfoncées dans sa profondeur et celles-ci, ordinairement après une période de suractivité critique, s'atrophient complètement, à moins qu'une perversion du processus dégénératif n'intervienne, auquel cas nous assisterons à une prolifération épithéliale d'abord localisée, puis sans limite. La ménopause, comme on le sait, est l'âge de prédilection du cancer.

Symptomatologie.

Les *troubles physiologiques* de la ménopause sont *locaux* ou *généraux*.

Les troubles locaux sont d'ordre *vasculaire* ou d'ordre *sécrétoire*.

L'*aménorrhée* s'établit soit brusquement, soit plutôt graduellement avec des périodes menstruelles de plus en plus espacées, parfois douloureuses, accompagnées de douleurs lombaires, de sensations de pesanteur, de prurit vulvaire dans certains cas.

D'autres fois, ce sont des métrorrhagies qui se produisent, d'abord sous forme de *ménorrhagies*, puis, en dehors de toute date menstruelle, plus ou moins abondantes, ordinairement indolores, amenant souvent une grande débilitation de l'état général.

Les *troubles réactionnels* ont été indiqués précédemment et sont représentés par des congestions viscérales éloignées, des troubles vasculaires de tout ordre : pesanteur de tête, bouffées de chaleur au visage, vertiges, palpitations, essoufflement, hémoptysies même.

En résumé, une partie des troubles de la ménopause sont locaux et s'expliquent par les transformations utérines ; les autres sont d'ordre réflexe et correspondent à la réaction de l'organisme après la suppression d'une fonction dont le retentissement est de première importance, chez la femme, à toutes les périodes de son existence.

Ce retentissement va se poursuivre, même après la cessation définitive des menstrues ; et la femme qui n'est plus réglée n'en est pas moins exposée à des troubles variés, les uns génitaux, les autres ayant les organes génitaux comme point de départ, et dont l'explosion paraît n'avoir attendu que la fin de la vie sexuelle pour se produire.

C'est en effet la période de choix des *dyscrasies* et de l'apparition des *néoplasmes*.

Les troubles diathésiques deviennent plus intenses, ou font leur première apparition ; c'est l'âge où les femmes se révèlent arthritiques, herpétiques, cancéreuses ; c'est l'âge du diabète, et surtout de l'obésité, en un mot, de tous les troubles qui ont pour point de départ une viciation de la nutrition, ou le réveil d'un état diathésique héréditaire, souvent endormi jusque-là.

Il ne faut pas nier que l'âge auquel la ménopause se produit d'ordinaire apporte ici son influence spéciale. Le sexe masculin est exposé incontestablement aux mêmes troubles généraux vers la même période de la vie. Mais l'influence de la ménopause, pour n'être point unique, n'en est pas moins capitale et en tout cas prédisposante au premier chef. L'apparition précoce de quelques-uns de ces troubles, chez les femmes auxquelles la castration a créé une ménopause artificielle, suffirait à établir toute la part qui revient à celle-ci.

C'est donc une altération profonde de la nutrition générale de la femme qui marque cette période de la ménopause : il semble que son degré de résistance personnelle aux influences morbides venues du dehors, comme à celles dont elle portait le germe soit subitement diminué.

L'apparition d'exanthèmes (couperose), d'affections eczémateuses ou psoriasiformes, révèle la viciation des humeurs au sens hippocratique, et à la fois très moderne du mot. J'ai déjà parlé du diabète et de l'obésité, j'insiste sur les dégénérescences néoplasiques qui tiennent en gynécologie une si large place. Le fibrome concret ou diffus, les noyaux myomateux interstitiels, les polypes du col, sont autant de manifestations demeurées latentes jusque là, et dès lors fréquentes d'un travail nutritif devenu déréglé.

Mais ce sont surtout les dégénérescences malignes qui constituent la plus redoutable éventualité et non la moins fréquente : elles peuvent se présenter sous les formes anatomo-pathologiques les plus variées, depuis l'épithélioma jusqu'au sarcome.

C'est à cette diminution de la résistance individuelle qu'il faut rapporter en partie les infections banales, d'ailleurs légères, dont l'appareil génital atrophié peut encore être le siège. C'est ainsi qu'on observe quelquefois chez les vieilles femmes une vulvo-vaginite due à l'infection banale.

La métrite du col peut également se rencontrer avec ses écoulements caractéristiques : mais il y a loin de cette infection fortuite, attribut de tous les âges, à l'existence d'une affection utérine forcément corrélative de la ménopause et empruntant à cette origine des caractères cliniques particuliers. C'est à ces états accidentels, et dont l'origine extérieure est toujours reconnaissable, que se rapportent les écoulements variés : hydrorrhée, pertes blanches ou purulentes, que l'on peut observer après la ménopause et qui ont servi à constituer la métrite *crépusculaire*.

Quant aux hémorrhagies, elles ont une valeur autrement importante et méritent toujours l'attention du praticien. Quand elles ne se rapportent pas à un état congestif d'origine infectieuse banale, elles sont le plus souvent le premier indice d'une néoplasie commençante, fibrôme ou épithélioma, plus souvent ce dernier.

Nous voici amené à nous poser à nouveau cette question :

En réalité, existe-t-il une *endométrite de la ménopause* ?

Beaucoup d'auteurs l'ont pensé, Pozzi, entre autres, parmi les modernes (1), qui la compare à la *métrite virginale* bien qu'à « l'autre pôle de la vie génitale de la femme », et la rattache à la même cause : *vive congestion* (?) Cette idée est reproduite, presque dans les mêmes termes, dans l'article *Métrite* de Delbet (2) du *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, et répétée, de troisième main, dans une thèse toute récente de Van Peteghem (3). Je ne les cite que pour montrer qu'à l'heure actuelle c'est une idée parfaitement admise chez nous.

C'est là, selon moi, une grave erreur. Il n'y a pas plus de métrite de la ménopause que de métrite des vierges, précisément parce que la même cause efficiente est aussi incapable, dans un cas comme dans l'autre, de créer de toutes pièces un processus inflammatoire véritable, en l'absence,comme je l'ai répété maintes fois, de l'élément infectieux.

Il importe qu'il n'y ait pas de confusion possible : je rejette absolument l'idée d'une endométrite spéciale à la ménopause et créée par elle, autrement dit d'une ménopause aboutissant spontanément à la métrite, quels que soient les phénomènes congestifs dont l'utérus soit le siège, même avec des transformations plastiques réelles du muscle et de la muqueuse.

Mais je ne conteste nullement qu'une femme arrivée à l'époque de la ménopause soit capable de contracter une inflammation utérine. Je concéderai même que les troubles vasculaires dont la muqueuse est le siège à ce moment créent pour l'infection un terrain favorable. Or, l'utérus est exposé à des chances d'infection assez nombreuses pour que l'endométrite à cette époque, ne soit pas une rareté chez les femmes.

J'admets encore que les mêmes conditions mauvaises de vitalité de l'organe favorisent le réveil d'une inflammation ancienne mal éteinte : autrement dit une poussée aiguë peut survenir à ce moment sur le terrain des vieilles lésions et s'étendre même jusqu'aux annexes. J'ai vu moi-même de ces infections totales des

(1) Pozzi. *Tr. de Gynéc.*, II, id., p. 172.

(2) Duplay et Reclus. *Tr. de chirurgie*, t. VIII, p. 390.

(3) Van Peteghem. *Des endométrites de la ménopause.* Th. de Paris 1893.

voies génitales poussées jusqu'à la pelvi-péritonite se développer chez des femmes à l'époque de la ménopause, par conséquent en dehors de toute contamination actuelle, par l'élément blennorrhagique ou l'élément puerpéral. Toujours, dans l'interrogatoire de la malade, j'ai pu retrouver les traces d'une inflammation antérieure, ordinairement légère et par conséquent mal soignée. Il a suffi d'une atrésie momentanée du col pour raviver et généraliser l'infection, par défaut de drainage des sécrétion s viciées.

J'irai plus loin : il est très admissible que l'utérus soit envahi, à ce moment critique de la vie génitale féminine, par des germes banaux, les saprophytes du vagin. Mais dans ces cas mêmes, on n'observe ni phlogose ni aucun des signes réactionnels généraux qui accompagnent toute inflammation. Il ne s'agit pas de germes infectieux véritables avec les caractères que nous leur connaissons.

Cependant je ne refuse pas quant à moi, la dénomination de métrite à ce genre de troubles.

Qu'appellerons-nous donc *fausse métrite de la ménopause* ?

Ce seront précisément les troubles congestifs, avec les douleurs banales lombaires ou sus-pubiennes qui accompagnent toute congestion utérine ; ce sera cette hypersécrétion ou même cette viciation saprophytique des sécrétions naturelles, ces troubles menstruels enfin, que certaines femmes présentent à l'époque de la cessation de leurs règles, mais qui jamais, je le répète, ne s'accompagnent de fièvre, de réaction générale, de tendance à la propagation aux annexes, de signes d'infection vraie.

Remarquons que dans cet ordre d'idées, ces troubles peuvent aller très loin et en imposer souvent au praticien pour des affections beaucoup plus sérieuses.

Les hémorrhagies peuvent être abondantes, rebelles à tout traitement (1) et faire songer aux myomes, aux tumeurs, surtout si les pertes répétées ont conduit la malade à la cachexie.

Les sécrétions peuvent devenir pseudo-purulentes, parfois même très fétides, autre cause de confusion avec l'épithélioma. On a vu se produire l'accumulation, dans la cavité utérine, de

(1) Eug. Monod. *Hémorrhagies utérines chez les femmes âgées. Bull. et mém. de la Soc. de Gynécol., d'obst. et de Pédiatrie de Bordeaux*, 8 nov. 1892, p. 247.

muco-pus nauséabond, irritant, provoquant du prurit vulvaire et de l'eczéma des cuisses, avec phénomènes généraux d'empoisonnement septique. Tolochinoff (1) a décrit récemment, après Ashwell et Graily Hewit, cette forme pathologique, d'ailleurs assez rare, et rebelle à une foule de traitements.

La meilleure preuve de la nature non inflammatoire de ces troubles est donnée par ce fait que le traitement qui parvient à les juger est entièrement général et souvent n'a rien à emprunter à la pratique de la désinfection locale. Les antiseptiques seuls sont souvent impuissants contre eux, ou ne les font disparaître que momentanément, montrant que l'origine du mal est ailleurs.

On a parlé de *psoriasis utérin*, et il n'est peut être pas absurde de comparer les lésions séniles de la muqueuse utérine atrophiée à certaines dermatoses cutanées.

Peut-être existe-t-il alors, de même que dans le vagin, des lésions épithéliales psoriasiformes ou eczémateuses, rendant compte du suintement que l'on observe en pareil cas. L'eczéma du vagin est plus fréquent à la ménopause ; mais je ne formule cette idée qu'à l'état d'hypothèse, en l'absence de preuves anatomo-pathologiques suffisantes.

Traitement. — Le traitement de ces troubles divers sera comme je l'ai dit, surtout d'ordre général. On prescrira l'*hydrothérapie* sous formes de douches froides, les grands bains, les injections astringentes et légèrement antiseptiques pour éviter l'infection secondaire (coaltar, acide borique).

La *faradisation* rendra ici des services, comme dans tous les cas d'engorgement utérin.

A l'intérieur, on prescrira le régime alcalin, et chez les arthritiques le régime végétal et le lait.

L'iodure de potassium, en facilitant l'activité des échanges, m'a paru toujours bien convenir aux cas où ces troubles étaient corrélatifs de phénomènes dyscrasiques.

Localement, contre les démangeaisons vulvaires et l'eczéma vaginal, on ordonnera des applications de *poudre d'oxyde de zinc*

(1) Tolochinoff. *Vracheb Vedomostki*, 1892.

dont je n'ai jamais eu qu'à me louer, dans tous les cas d'exanthème ou de prurit de la vulve.

Enfin, dans un ordre d'idées plus général encore, on recommandera l'hygiène physique, la vie au grand air, la marche et la réduction au minimum possible de la station assise.

IV

FAUSSE ENDOMÉTRITE EXFOLIATRICE

Dysménorrhée membraneuse ou desquamative.

La dysménorrhée membraneuse a sa place toute marquée dans la classe des troubles utérins, que nous étudions.

C'est une affection singulière, rare, très rare même, je tiens à le faire observer. Pour ma part, sur un chiffre de plusieurs milliers de femmes examinées par moi jusqu'ici, je n'en ai observé personnellement que huit ou dix cas réellement authentiques.

J'ajoute que ce trouble spécial de la fonction menstruelle doit être étudié en dehors de la métrite parce qu'il est sans relation nécessaire avec le processus infectieux dont je fais le critérium de cette affection.

La dysménorrhée pseudo-membraneuse s'observe très bien isolément chez les jeunes filles, chez des femmes indemnes de toute métrite, même banale ; j'ai donc le droit de supposer que lorsqu'elle se présente, d'autre part, sur des sujets en puissance de métrite chronique, elle ne constitue alors qu'un épiphénomène, un incident, dont la métrite a tout au plus favorisé l'apparition, comme le pourrait faire telle autre condition mauvaise de l'appareil utérin.

Dans cet ordre d'idées, il est logique d'étudier cette maladie à

part, et c'est parmi les fausses métrites, parmi les affections *non inflammatoires* de l'utérus, qu'elle trouve sa place.

Je me sépare ainsi des classiques qui lui conservent cette qualification d'*endométrite exfoliatrice* ou *desquamative*, et pour ne point créer un néologisme qui réponde à la signification réelle des faits, je préfère adopter et conserver le nom ancien de « *Dysménorrhée membraneuse desquamative*, » qui indique bien qu'il y a exfoliation d'une membrane, et que ce trouble fonctionnel est le plus souvent lié à la menstruation.

A. **Historique.**

Je donnerai à l'historique de la question un développement critique en rapport avec la nécessité d'établir ma manière de voir, les études antérieures devant me servir autant à titre descriptif que comme éléments de discussion.

La première description complète d'un cas de dysménorrhée membraneuse, remonte à Morgagni (1), et cette description est tellement précise, qu'il ne reste aujourd'hui, en dehors des notions histologiques, presque rien à y ajouter.

« A peu près au milieu du flux menstruel, un corps membraneux selon toute apparence, fut expulsé de l'utérus ; il avait une forme et une grandeur telles, qu'il correspondait parfaitement à la forme de l'utérus, intérieurement comme extérieurement ; cette surface était inégale et présentait de nombreux filaments, qui semblaient avoir été arrachés des parties auxquelles ils adhéraient ; l'intérieur était creux, lisse et humide, comme par suite de la présence d'une humeur aqueuse, qu'il avait auparavant contenue, mais qui s'était vidée au moment même de sa propre expulsion, par un large orifice existant à l'un de ses angles et qui s'était sans doute ouvert par l'effet du tiraillement.

Quelquefois ce corps sortait, non pas en entier, mais divisé en petits morceaux, qui étaient rendus les uns après les autres.

La notion exacte de la nature de cette membrane paraît avoir été entrevue d'assez bonne heure.

(1) Morgagni. *De sedibus (et) causis morborum.* Venet. 1672, Ep. p. 48, p. 229.

Th. Denman (1), en 1795, faisait déjà la remarque suivante :

« J'ai constamment vu l'une des faces de ces membranes avoir un aspect tomenteux, et l'autre une surface polie ; elles étaient absolument semblables à la membrane que Ruysch appelle villeuse, dont Harvey a donné une si curieuse description, que Hunter a décrite et qu'il appelle *caduque*. Pour mettre le fait hors de doute, j'ai prié, il y a plusieurs années, Baillie de bien vouloir examiner des débris de ces membranes ; il pensa comme moi que c'étaient des membranes organisées dont le tissu était semblable à celui de la caduque. »

Il ajoute déjà, fait capital, que ces membranes peuvent être expulsées par des célibataires, et peuvent se former sans qu'il y ait eu aucun rapprochement sexuel.

Depuis lors, de nombreux travaux ont été publiés sur la nature de cette affection, et l'on peut ranger en trois groupes les opinions qui ont été émises au sujet de l'origine des membranes dysménorrhéiques.

1° Les uns, et ce sont les plus nombreux, en ont fait, comme les premiers observateurs, une muqueuse utérine exfoliée dans des conditions qui restent à déterminer : l'examen histologique des pièces est venu apporter à cette opinion une très grande force : c'est celle de Boivin et Dugès, de Coste, de Kölliker, de Simpson (2), pour ne citer que les anciens.

2° D'autres, qui sont surtout des auteurs anglais, regardent cette membrane comme un exsudat coagulé de lymphe plastique, d'origine inflammatoire dans la plupart des cas (Montgomery (3), Rigby (4), Fergusson (5), Cowpland (6)). Il y a, à l'appui de cette idée, des observations histologiques de Robin, Cornil et Lallement, etc.

(1) Th. Denman. *Introductions to the pratice in Midwifery*, 1795.

(2) Simpson. *On the nature of the membrane occasionnelly expelled in dysmenorrhœa* (Edinburgh Monthly Journ. of. med. sc., sept. 1846, p. 161. — Id. *Clinique obstétricale et gynécologique*, Trad. Chantreuil, 1874, p. 621.

(3) Montgomery. *Signs of pregnancy*. London, 1837, p. 147.

(4) Rigby. *Essay on dysmenorrhœa* p. 39.

(5) Fergusson. *Library of medicine*, IV, p. 311.

(6) Cowpland. *Dictionary of practical medicine*, II, 844.

3° D'autres, enfin, Raciborski (1), Haussmann (2), se basant sur ce que, dans certains cas, on a trouvé, sur la membrane expulsée, des traces plus ou moins nettes de l'insertion d'un ovule, admettent que cette membrane n'est autre qu'une caduque d'avortement et que la crise dysménorrhéique est une véritable fausse couche.

Chacune de ces opinions est trop absolue, en ce sens qu'elle érige en règle générale autant de cas particuliers.

Comme rien ne peut infirmer la valeur des observations citées à l'appui, par chaque auteur, il faut admettre que l'utérus peut expulser des membranes véritables ou des débris d'apparence membraneuse qui sont :

1° Ou des fragments de muqueuse utérine ;

2° Ou des exsudats plastiques coagulés : lymphe, sang ;

3° Ou des caduques abortives.

Il faut laisser de côté immédiatement tout ce qui concerne les caduques. Nous savons que la dysménorrhée membraneuse peut s'observer chez des femmes vierges ou stériles, surtout chez les stériles, pourrait-on dire. Quant à l'idée émise par Tait, qu'il s'agirait de caduques renfermant un ovule *mal fécondé*, elle est en contradiction formelle avec les observations nombreuses portant sur des femmes n'ayant jamais eu ou n'ayant pas eu depuis longtemps de rapprochements sexuels.

Je ne citerai donc que pour l'éliminer, cette opinion partagée par divers auteurs, qui fait de la crise dysménorrhéique un avortement en réduction : l'anatomie pathologique de la membrane a fait justice de cette confusion.

Mais Tait, remarquons-le, émet une idée plus spéciale : ce serait en quelque sorte un avortement sans grossesse, l'œuf étant insuffisamment fécondé, par le fait de la stérilité *relative* du mari incapable de procréer des produits viables.

Une femme dont il cite l'observation aurait présenté de la dysménorrhée membraneuse pendant un premier mariage ; le veuvage l'aurait guérie. Puis, pendant un second mariage, elle n'eut plus de dysménorrhée et eut quatre grossesses fécondes. Il est évident qu'il s'agit d'un cas particulier et les nombreuses obser-

(1) Raciborski. *Traité de la menstruation*, 569.

(2) Haussmann. *Monatschrift für Geburtskunde*, 1868.

vations de dysménorrhée chez des vierges resteraient sans explication avec cette singulière théorie, d'autant que d'autres interprétations peuvent rendre compte du fait, par exemple, un changement de l'état nerveux, dont l'influence est si évidente.

Il est cependant une catégorie de membranes, expulsées à la suite d'une aménorrhée plus ou moins longue, coïncidant avec des troubles analogues à ceux de la grossesse, qui sont et doivent être considérées comme des membranes caduques ; car, en effet, elles sont éliminées au cours d'une *grossesse extra-utérine*, le plus souvent une grossesse tubaire. A la vérité, on ne retrouve pas, dans ces membranes, la structure exacte de la caduque utérine gravidique, mais le phénomène est équivalent. Je pense même que la vieille théorie d'Oldham, rejetée par nombre d'auteurs, a pu s'appuyer, dans certains cas, sur des faits de grossesse tubaire, s'accompagnant d'exfoliation utérine, la tumeur pelvienne ayant des dimensions variables. Je possède, pour ma part, 3 ou 4 observations de ce genre très démonstratives, dont l'une, entre autres, a trait à un cas de dysménorrhée déciduale sous la dépendance d'un hémato-salpinx reconnu plus tard après laparotomie (1).

Conclusion : l'expulsion tardive ou précoce d'une muqueuse déciduale de grossesse utérine abortive, ou celle d'une caduque formée au cours d'une grossesse extra-utérine, reste étrangère à l'affection connue sous le nom de *dysménorrhée desquamative*.

Les faits visés par la théorie de Tait rentrent dans les cas d'expulsion hâtive d'une caduque spéciale d'avortement précoce. La texture anatomique reconnue par l'examen histologique, juge ces différents cas.

Les exsudats, inflammatoires ou non, constitués par de la lymphe, de la fibrine, du sang, retenus quelque temps dans la cavité utérine avant d'en être expulsés, n'ont rien de commun avec l'exfoliation de la muqueuse.

Je ne retiendrai donc que les cas d'élimination de muqueuse

(1) J'ai observé et publié un cas assez extraordinaire d'exfoliation partielle de la caduque au cours de la grossesse, dont l'interprétation est assez difficile pour que je juge nécessaire de laisser le cas en dehors du sujet, pour le moment du moins.

utérine vraie, non abortive, c'est-à-dire de dysménorrhée membraneuse proprement dite.

Malgré la simplification voulue du sujet, l'historique de toutes les opinions mises en avant représenterait une longue étude que l'on trouvera dans tous les ouvrages classiques. Je ne discuterai, pour le moment, qu'un point, c'est ce qui concerne les rapports assignés par les auteurs entre cette affection et la *métrite*.

La plupart des auteurs ont admis la nécessité de leur co-existence et ont fait de l'exfoliation dysménorrhéique une phase spéciale de la métrite, ou même le caractère distinctif d'un type nosologique nouveau.

Pour Gallard, c'est une simple complication de la métrite chronique.

Barnes admet pour elle une dysménorrhée inflammatoire.

Bernutz distingue une dysménorrhée *exsudative*, quand il y a élimination de plaques fibrineuses, — et *exfoliatrice* quand il y a détachement de la muqueuse : cette dernière opinion est celle de Churchill, Courty, Bennett, de Sinéty.

On a créé de toutes pièces une *endométrite exfoliante*, une *métrite croupale exsudative*.

Pozzi (1) admet qu'il s'agit d'une *métrite chronique* avec poussées de métrite aiguë et desquamation inflammatoire de la muqueuse.

Pour Huchard et Labadie-Lagrave (2), la dysménorrhée membraneuse, quelles que soient ses formes et ses modalités, est constamment liée à une endométrite.

D'autres auteurs, il faut le reconnaître, déclarent que la métrite fait absolument défaut et, si elle apparaît, ne constitue qu'un symptôme surajouté. Parmi eux figure Gautier (de Genève) (3), qui nie l'existence de toute inflammation en pareil cas et assimile l'exfoliation utérine à l'ichthyose, en la faisant rentrer dans le cas général des exfoliations épithéliales. Plus récemment, Skene (4) déclare que les lésions de la muqueuse sont nulles ou insigni-

(1) Pozzi. *Traité de gynécologie*, 2e éd., p. 192.

(2) Huchard et Labadie-Lagrave. *Arch. gén. de médecine*, 1870, vol. I, 678, vol. II, p. 69, et 1871, vol. II, p. 706.

(3) Gautier. *De la pathologie de la dysménorrhée membraneuse. Congrès international des Sc. médicales.* Genève, 1877.

(4) Skene. *Diseases of women*, 2e éd. New-York, 1892, p. 229.

fiantes : à peine note-t-on un peu d'épaississement. L'existence de l'endométrite du corps est même pour lui incompatible avec celle de la dysménorrhée membraneuse : tout au plus a-t-il parfois observé un peu de cervicite.

Sur la question du mécanisme, les opinions des auteurs n'ont pas moins varié. Nous y reviendrons en son temps.

Dès à présent, je ne veux faire qu'une simple remarque. Il suffit de mettre en regard de la fréquence extrême de l'endométrite, la rareté de l'exfoliation de la muqueuse, pour que, rationnellement, on soit enclin à considérer ce dernier phénomène comme indépendant de l'inflammation de cette muqueuse, sans préjudice des arguments qui seront développés plus loin.

Anatomie pathologique.

A. Description macroscopique. — La description de Morgagni citée plus haut, est rigoureusement exacte et il n'y a pas un mot à y ajouter.

La membrane dysménorrhéique représente une enveloppe assez mince, ayant conservé la forme du corps de l'utérus, avec son aspect conoïde et ses trois orifices correspondant à l'ostium cervical et aux deux orifices tubaires.

La membrane est rarement expulsée tout entière sous cette forme typique : beaucoup plus souvent elle est éliminée par lambeaux ; mais la juxtaposition de ces lambeaux permet toujours de reconnaître à l'ensemble l'aspect général que nous avons décrit.

La face interne du tube a un aspect lisse et comme lavé ; on y distingue aisément, surtout par transparence, les nombreux orifices qui correspondent au débouché des glandes de la muqueuse. La face extérieure est au contraire irrégulière, tomenteuse, et donne bien l'idée d'un arrachement fait à des tissus sous-jacents très adhérents. Dans ces fragments d'apparence villeuse, on reconnaît, à l'examen sous l'eau, des vaisseaux sanguins, des glandes, des tractus fibreux provenant du derme de la muqueuse, le tout entremêlé de caillots sanguins.

Chaussier, Tilt, ont décrit des cas où la disposition des faces de la muqueuse était précisément inverse.

J'ai dessiné moi-même une membrane ainsi disposée, la portion tomenteuse étant interne, et la portion lisse en dehors. Il est facile d'interpréter cette disposition, en remarquant que la muqueuse, décollée d'abord dans sa partie supérieure, s'est retournée comme un doigt de gant en franchissant l'orifice interne.

Normalement, la muqueuse du corps utérin est seule détachée ; exceptionnellement, on a signalé l'élimination concomitante de la muqueuse du col. Dewes, Troque, Gautier, ont noté en outre l'exfoliation simultanée de la portion vaginale du col et même du vagin.

Barnes, qui rapporte à ce sujet un cas de Arthur Farre (1), croit qu'il s'agit le plus souvent d'un effet des injections irritantes.

Ces observations de colpite membraneuse ne sont pas très rares. Grechen (2) en a publié un cas où il y avait deux exfoliations vaginales par mois, l'une pendant les règles, l'autre dans l'intervalle. Porak en a rapporté également un cas dont j'ai fait l'examen histologique.

La structure anatomique de la membrane est aujourd'hui bien connue. Tilt, Cornil, de Sinéty, Richer, en ont publié des examens très complets (3). Moi-même j'ai pu faire cette étude sur des pièces provenant les unes de mes malades, d'autres envoyées par des confrères au laboratoire de la Clinique d'accouchements, à l'époque où j'étais chargé des travaux histologiques.

Quant au fait des apoplexies, il avait été déjà observé par Courty, Siredey et de Sinéty : elles jouent, comme nous le verrons bientôt, un rôle capital dans le mécanisme de la production ou plutôt de l'exfoliation de la fausse membrane et ont motivé le nom de *dysménorrhée apoplectique* adopté par quelques auteurs.

B. Description microscopique. — Un fait à mettre en relief tout d'abord, c'est que les muqueuses expulsées, dans ces conditions, diffèrent d'un sujet à un autre, et cela va de soi :

(1) Arthur Farre. *Beale's Archives.*

(2) Grechen. *Gynaekologische Studien und Erfahrungen. Centralb.*, 1888, p. 349.

(3) H. Meyer. *Zur pathologischen Anatomie der Dysmenorrhœa membranacea Arch. fur Gynaek.* Bd XXXI, Hft I, *Centralb.*, 1887, p. 706.

1° Les membranes expulsées en totalité, au moment des règles ont la structure normale, — ou à peu près —, de la muqueuse menstruelle. On y trouvera seulement la démonstration d'un effort plus prolongé, d'un travail, en un mot, qui a abouti à l'élimination, par le mécanisme ordinaire, de l'exfoliation des membranes, au lieu de l'hémorrhagie par le mécanisme de la transsudation sanguine et de la rupture des capillaires. Il suffit de se reporter, pour le comprendre aisément, à mon étude du fonctionnement physiologique de la muqueuse.

S'il s'agit d'une membrane expulsée après deux ou trois mois d'aménorrhée, il y a excès d'organisation dans cette membrane qui devrait rester toujours jeune parce qu'elle est toujours renouvelée. On retrouve des éléments conjonctifs nombreux dans le stroma : un grand nombre d'entre eux sont à l'état adulte sous forme d'éléments fusiformes épars, ou franchement fasciculés, ou fibrillaires. Mais on ne voit pas des altérations avancées dans les parois vasculaires, ni de lésions réelles dans le parenchyme glandulaire, ce qui est la lésion indispensable, dans l'endométrite.

Dans certains cas, le tube membraneux exfolié présente les lésions de l'endométrite interstitielle arrivée à sa période ultime : glandes et artérioles sont enserrées dans une couche épaisse de tissu conjonctif adulte fasciculé ; leurs parois sont doublées d'un manchon fibreux qui a parfois quatre à cinq fois l'épaisseur de la paroi normale. Mais ici, la lésion est tellement excessive que précisément elle n'appartient plus à l'endométrite interstitielle, qui est la dernière étape atrophique des processus inflammatoires.

L'endométrite interstitielle, en effet, équivaut à la presque entière destruction de la muqueuse, dans laquelle glandes et épithélium ont presque entièrement disparu ; la muqueuse n'est plus qu'un simple plan conjonctif où se retrouvent, çà et là, des rudiments de l'appareil sécrétoire.

Certaines autres muqueuses exfoliées présentent d'une façon très évidente les lésions de l'endométrite glandulaire, plus souvent de l'endométrite interstitielle. Dans ces cas, on peut dire que l'exfoliation morbide porte sur une muqueuse enflammée, une étiologie spéciale étant d'ailleurs intervenue pour amener cette exfoliation.

Ce qui domine, dans tous ces produits pathologiques, c'est la fréquence de l'*hyperplasie* du tissu conjonctif, ce qui, dans mon esprit, équivaut au processus *scléreux* ; ensuite, les lésions constantes, les infiltrations hémorrhagiques dans l'épaisseur de la muqueuse, dans l'intérieur des glandes, et les thromboses vasculaires. Ces apoplexies sont parfois de date différente et l'on voit sur la même préparation, des coagula organisés dans les vaisseaux et, en certains points, des globules rouges parfaitement conservés ; dans d'autres, des amas pigmentaires avec des hématies déformées et décolorées. Les apoplexies les plus récentes se rencontrent toujours dans la zone d'exfoliation, c'est-à-dire, à la surface interne de la membrane exfoliée.

Ces différents aspects semblent témoigner, en somme, de poussées successives, d'efforts congestifs correspondant à des périodes menstruelles avortées ; car c'est surtout dans le cas d'exfoliation ayant succédé à une longne aménorrhée que l'on observe les infiltrations hémorrhagiques les plus anciennes et les plus marquées, coïncidant avec la dégénérescence entièrement scléreuse de la muqueuse utérine.

J'ai observé moi-même des cas de ce genre, dans lesquels la muqueuse, fort épaissie et friable au point que l'étude en était fort difficile, n'était plus représentée que par un lacis fibreux infiltré de coagula sanguins, avec des vaisseaux et des glandes presque entièrement obstruées.

De Sinéty (1), qui donne une bonne figure d'une coupe d'une de ces membranes, signale, dans certains cas, la présence de globules de pus, ce qui n'est pas surprenant s'il s'agit précisement de ces cas où les femmes sont en puissance de métrite chronique.

Enfin, le même auteur a vu quelquefois la muqueuse, constituée uniquement par une masse de tissu embryonnaire, ne présentant plus ni glandes ni épithélium, et semblable à ce que l'on trouve dans les périodes avancées de la métrite chronique.

Le diagnostic avec la caduque d'avortement est en général facile ; la présence des villosités choriales suffit à juger la question. Celles-ci peuvent être distinguées même à l'œil nu, grâce au

(1) De Sinéty. Loc. cit., 571.

procédé décrit par de Sinéty (1) et qui consiste à plonger la membrane, pendant un quart d'heure environ, dans une solution d'acide picrique. Si l'on saisit ensuite une parcelle du tissu avec une pince et qu'on l'agite dans l'eau, on voit tous les éléments autres que les villosités choriales se détacher et celles-ci rester isolées ; on dépose cette villosité entre deux plaques de verre et l'on ajoute une goutte de glycérine ; la villosité s'étale avec ses ramifications et prend l'aspect caractéristique d'une algue marine.

Mais Schrœder (2) fait remarquer avec juste raison que les villosités peuvent manquer si l'on a affaire à un œuf détruit peu après la fécondation.

Dans le cas de grossesse extra-utérine, la difficulté se complique encore, puisqu'on ne trouve alors aucune partie ovulaire. Voici ce qui permet de conclure dans ces deux cas.

Wyder prétend que les membranes de l'œuf fécondé présentent toujours de grosses cellules déciduales irrégulièrement disposées, que l'on peut distinguer des petites cellules interglandulaires des membranes de la dysménorrhée. Selon Ruge 3), il ne faut pas considérer cette proposition comme absolument exacte.

D'ailleurs, le diagnostic clinique est toujours ici assez facile, pour que les difficultés de l'examen microscopique n'aient plus qu'une importance secondaire.

La dysménorrée membraneuse se caractérise donc, en somme par :

a) sa répétition,

b) sa périodicité,

c) l'absence des signes de la grossesse.

C. Nature et étiologie de l'affection.

Nous avons, dans notre historique, dégagé un fait, c'est que la dysménorrée membraneuse ne doit s'entendre que de l'exfolia-

(1) De Sinéty. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1896, XXVIII, p. 41.

(2) Schroeder. *Mal. des org. gén. de la Femme*, trad. *Lauwers*. 1890, p. 361.

(3) L. Ruge. *Zur Œtiologie und Anatomie der Endometritis*. (*Zeitsch. f. Geb. und Gynaek.* H. V., 1881.)

tion de la muqueuse utérine dans tout ou partie de son épaisseur, laissant de côté les exsudats fibrineux, coagula sanguins ou autres et la caduque abortive.

Cette muqueuse est-elle nécessairement une muqueuse enflammée, c'est-à-dire une muqueuse exfoliée par suite de modifications apportées par l'endométrite, auquel cas il s'agirait toujours d'une endométrite desquamative véritable ?

Pour répondre à cette question, je compte démontrer :

1° Que le fait de la desquamation est à peu près indifférent au fait de l'inflammation.

2° Que les modifications rencontrées dans la membrane exfoliée sont réalisées par des processus qui n'ont de commun avec l'inflammation, que l'apparence.

Un premier point doit nous frapper : c'est la fréquence relative de cette affection chez des femmes vierges ou stériles et notoirement indemnes de toute inflammation utérine.

Cette remarque, je ne suis pas le premier à la faire.

Williams (1) a relevé 2 fois sur 14 la dysménorrée membraneuse chez des vierges. Beigel (2), Solowieff (3), Courty, Gallard, Lutaud ont observé des faits du même genre.

Courty rapporte l'observation d'une jeune fille vierge qui avait perdu des membranes à l'époque de ses règles. Il en amena une à l'extérieur avec une pince, au moyen d'un petit spéculum manié soigneusement pour ne pas rompre l'hymen.

Simpson avait déjà nettement indiqué cette possibilité de l'absence de tout élément inflammatoire, en faisant remarquer que le simple traitement antiphlogistique ne saurait suffire contre cette affection.

« L'action qui lui donne naissance, peut, dit-il, dans quelques cas, se combiner et se compliquer d'inflammation. J'ai vu la dysménorrhée membraneuse coexister, dans plusieurs exemples, avec une induration inflammatoire et une ulcération de l'utérus. Mais essentiellement, l'action de l'utérus ou des ovaires donnant lieu à la formation de la membrane dysménorréale, n'est pas un

(1) Williams. *Arch. de Tocologie*, v. p. 353.

(2) Beigel. *Die Krankheiten des weiblichen Geschlechtes*, t. I. Erlangen, 1887.

(3) Alex. Solowieff. *Decidua menstrualis*, in *Archiv. f. Gynaekologie*, t. II, p. 66.

état identique à l'inflammation, mais plutôt à la condition de ces organes après la conception et pendant les premières semaines de la grossesse. C'est un produit naturel à une condition spéciale de l'utérus, mais arrivant ici à une époque irrégulière, dans des circonstances anormales, et avec une fréquence exceptionnelle. »

Je rapprocherai encore de ceci l'opinion de Skene, citée plus haut, qui va jusqu'à affirmer l'incompatibilité de la dysménorrhée membraneuse et de l'inflammation.

Notre opinion ne pourra se déduire d'une façon décisive qu'au fur et à mesure que nous entrerons dans le détail de la question ; mais déjà nous pouvons considérer que c'est à tort que l'on a voulu non seulement identifier la dysménorrhée membraneuse avec une endométrite exfoliante, mais encore englober l'endométrite dans l'étiologie nécessaire de l'affection.

De ce que je mets en avant la fréquence relative de la dysménorrhée membraneuse chez les vierges comme preuve de son essence non inflammatoire, il ne faudrait pas inférer que je nie la possibilité de la métrite chez les vierges : je répète seulement, car je l'ai déjà dit, qu'elle est *extrêmement rare*, et si quelque chose est frappant, c'est justement de voir la proportion relativement notable de vierges et de femmes stériles atteintes de dysménorrhée pseudo-membraneuse, alors que la proportion est infime des vierges et des femmes stériles affectées de métrite, étant donné que l'accouchement figure dans les 8/10es des cas comme origine de l'inflammation de l'utérus.

Tout au contraire, s'il est une remarque que j'ai pu faire, c'est que toutes les femmes que j'ai observées en puissance de dysménorrhée membraneuse présentaient une parenté commune d'un tout autre ordre, c'est-à-dire un lien pathologique commun résidant non dans l'inflammation, mais dans des causes d'ordre diathésique. Toutes étaient des névropathes, des arthritiques, souvent des obèses : c'étaient, en un mot, et au point de vue physique, des *dégénérées*. Il y a là une indication que je considère comme importante et qui me permet de rattacher la dysménorrhée membraneuse, comme le fait Skene, aux désordres de la nutrition générale et locale.

D'ailleurs la multiplicité même des causes prédisposantes indiquées par les auteurs et que nous allons passer en revue, atteste

que le symptôme n'a pas une origine unique, l'endométrite pas plus que les autres. Sûrement il est en relation avec une condition particulière de structure de la muqueuse utérine que la diathèse favorise et que certaines circonstances occasionnelles font éclore, en particulier toutes celles qui amènent une stase sanguine dans le réseau vasculaire de la muqueuse.

Si nous passons en revue les causes étiologiques assignées par les auteurs à la dysménorrhée membraneuse, nous voyons qu'elles sont de deux ordres, *locales* ou *générales*.

a) Les causes *locales* comprennent d'abord, par ordre de fréquence dans la littérature, l'inflammation : je ne reviendrai pas sur la question.

Une autre cause locale signalée par plusieurs auteurs et dont l'action est très nette, c'est la *sténose du col*. On la retrouve d'ailleurs dans un grand nombre de cas de dysménorrhée, même banale. Elle a été regardée ici comme un facteur de la douleur. C'est l'opinion de Bazin, de Beigel, de Gauthier. Les grandes multipares, au col béant, peuvent, selon Loehlein (1), expulser leurs membranes à peu près sans douleur.

Mais en dehors de la difficulté qu'oppose la stricture de l'orifice à l'expulsion du produit membraniforme, il faut sans doute reconnaître à cette sténose une influence d'une plus longue portée, ou même tout simplement la rattacher à une même cause, qui serait la contracture extrême, le spasme du muscle utérin tout entier. Les bons résultats que donne, dans le traitement de l'affection, la dilatation graduelle ou brusque des orifices, viennent à l'appui de cette manière de voir.

Les autres causes locales sont, comme le fait remarquer Scanzoni, toutes celles qui peuvent favoriser la congestion de la muqueuse utérine, et son hyperplasie consécutive : ce seraient la flexion, la présence des polypes, des fibromes, etc.

L'influence d'un avortement antérieur est également mise nettement en relief par de Sinéty ; mais outre que ce n'est pas le cas général, on peut se demander si l'avortement lui-même n'a pas été fonction du même état local qui amène l'apparition de la dysménorrhée membraneuse.

(1) Loehlein. *Centralblatt für Gynaekologie*, 1889, p. 733.

b) Les causes *générales* ont une importance, selon moi, considérable.

Déjà Courty (1) déclarait « qu'il ne connaît aucun cas dans lesquels les accidents se soient établis d'emblée : toujours ils ont été précédés par des troubles plus ou moins prononcés de l'*économie* ou de l'utérus, qui se trahissaient par des règles douloureuses et irrégulières dans leur apparition. »

D'autres auteurs ont d'ailleurs déjà reconnu cette influence des causes générales. Si les statistiques ont prouvé que la question de race n'apportait aucune prédisposition particulière, on a noté l'influence manifeste de l'hérédité. Soubeyran rapporte, d'après Brouardel, le cas d'une famille observée par Duplan et où six sœurs étaient atteintes de dysménorrhée membraneuse. Loehlein (2) a vu, 2 fois sur 25, la dysménorrhée apparaître chez deux sœurs : et dans un des cas, la mère, interrogée, raconta qu'elle avait observé chez elle-même des phénomènes identiques pendant de longues années, au cours desquelles elle eut trois couches heureuses. L'influence de l'hérédité paraît donc ici assez nette.

Lochlein a recherché les causes étiologiques dans 25 cas de dysménorrhée membraneuse : il a pu ainsi incriminer 6 fois des lésions anciennes de péri ou paramétrite puerpérale ou non puerpérale, — 4 fois l'avortement (dont deux incomplets et mal soignés), avec hémorrhagie de longue durée, — 4 fois des refroidissements ou des efforts exagérés pendant les règles, avec suppression de celles-ci, — une fois un état général mauvais résultant de l'habitation dans un logement humide et nouvellement construit (arthritisme ?) : — 2 fois l'affection succéda à une endométrite récente.

Les influences diathésiques ont une part considérable que les anciens auteurs avaient nettement indiquée. La scrofule, l'arthritisme surtout, ont été formellement signalés par Bernutz. Wyder (3) déclare que la syphilis est une des causes les plus fréquentes de l'affection.

(1) Courty. *Loc. cit.*

(2) Loehlein. *Die Bedeutung der Exfoliation mucosae Menstrualis. Versammlung Naturforscher und Aerzte. Heidelberg*, sept. 1889. *Centralblatt f. Gynaek.*, 1889, XXXVI, p. 537.

(3) Wyder. *Arch. f. Gynaek.* Bd. XIII, p. 1.

J'ai été frappé dès longtemps, moi aussi, de cette influence capitale des causes d'ordre général, influence diathésique, troubles de la nutrition générale, etc., comme je l'ai dit en commençant, et toutes les malades, peu nombreuses d'ailleurs, chez qui j'ai eu à constater de la dysménorrhée membraneuse véritable, m'ont paru répondre au même type physiologique : toutes réunissaient, ai-je dit, cette triple condition d'être *névropathes*, *arthritiques* et disposées à l'*obésité*, *aux exanthèmes*, etc.

Or, du rapprochement de ces causes multiples : arthritisme, névropathie, herpétisme, syphilis, etc., se dégage déjà une notion générale, c'est que nous nous trouvons en présence de lésions auxquelles peuvent conduire toutes les causes de sclérification des tissus, ou d'altération primitive de la tunique artérielle.

Si l'on voulait aller jusqu'au bout, il faudrait même envisager par comparaison l'identité possible, et, après tout, très rationnelle, de la desquamation utérine avec certaines dermatoses locales, linguales, intestinales, à forme desquamative ; avec cette particularité que l'exfoliation totale n'est guère possible que dans des organes creux, à parois musculaires, susceptibles de se débarrasser grâce à un effort spasmodique continu, d'une muqueuse congestionnée, turgide jusqu'à l'apoplexie et bien préparée pour la caducité.

Le rapprochement avec l'herpétisme s'impose dans cette doctrine et comporte d'autres aperçus pathogéniques sur lesquels je ne peux insister, tels que l'élimination par la muqueuse utérine de produits irritants capables d'altérer la résistance de la membrane et d'en préparer l'exfoliation, troubles trophiques, ou dermatoses nerveuses, troubles physico-chimiques (dermatoses arthritiques), troubles artério-scléreux (syphilis, arthritisme, alcoolisme). C'est dans ces groupes qu'il faut chercher à classer chacun des faits observés.

Depuis quelques années, on a vu réapparaître, sur l'origine de la dysménorrhée membraneuse, une opinion déjà émise il y a longtemps par un des premiers observateurs, Oldham, et qui consiste à attribuer aux ovaires une part importante dans la génèse des phénomènes. Oldham, toutefois, se trompait dans l'explication du mécanisme, puisqu'il considérait l'ovaire comme le point de départ de l'excitation des glandes utérines sécrétant

la membrane dysménorrhéale, opinion admise d'ailleurs après lui, par Rigby, Swalt, Cohen.

Skene reprend aujourd'hui cette idée, à laquelle il conserve son caractère hypothétique, puisqu'il se reconnaît impuissant à faire la preuve directe. Pour lui, il faut invoquer en effet, une influence ovarienne ou une excitation génitale, c'est-à-dire un trouble de l'innervation ou de la nutrition ; il admet qu'il y a ici une relation de même ordre que celle que l'on observe dans l'hyperplasie musculaire de l'utérus, c'est-à-dire la myomatose. L'utérus, dit-il, dans une phrase pittoresque, fait du fibrome pour utiliser les loisirs de sa faculté hyperplasique, comme le prouve la plus grande fréquence de ces néoplasmes chez les femmes stériles. Ne pourrait-on admettre, ajoute-t-il, qu'une prédisposition bien établie pour la nidation, non utilisée sous forme de grossesse, excite l'action morbide de la partie de l'utérus qui supporte l'exfoliation anormale de la muqueuse ?

Il est incontestable que la modalité particulière du processus menstruel tient ici la place prépondérante et que celui-ci n'est pas moins incontestablement fonction de l'influence ovarienne. Mais faut-il partir de là pour voir, dans ce trouble menstruel spécial, un trouble primitif de l'ovaire ? L'ovaire n'est pas tout dans la menstruation, et l'utérus y joue son rôle propre, malgré l'objection prévue de la suppression des règles après l'ovariotomie. Dans un cas, Lawson-Tait a fait cesser la dysménorrhée membraneuse en pratiquant la double castration. Mais dans un nouveau cas où il existait un ovaire sain et un autre atteint d'une néoplasie, l'ablation de ce dernier n'a amené aucun soulagement, même au bout de cinq années (1).

C'est donc dans l'utérus lui-même que nous devons chercher les conditions idiopathiques de l'exfoliation muqueuse et ceci nous conduit à l'étude du mécanisme de cette exfoliation.

Mécanisme de l'exfoliation.

L'opinion la plus généralement admise est qu'il s'agit d'un décollement de la muqueuse, analogue comme mécanisme, à celui

(1) Lawson-Tait. Traité clinique des maladies des femmes, ibid., p. 197.

qui amène la chute mensuelle de l'épithélium, c'est-à-dire d'hémorrhagies plus ou moins superficielles dont l'action serait complétée par celle des contractions du muscle utérin.

C'est l'opinion de Barnes, qui admet qu'un liquide séreux ou sanguin s'épanche sous la muqueuse et en opère le décollement. C'est la théorie déjà émise par Coste, admise par Wirchow, Courty et Siredey, etc.

West et de Sinéty (1) font faire un pas de plus à la question en montrant les relations qui existent entre l'élimination de la caduque menstruelle et celle de la pseudo-membrane.

West considère la formation de la pseudo-membrane comme l'exagération du processus qui, à l'état normal, amène la chute de l'épithélium pendant la menstruation.

De Sinéty rappelle que la muqueuse utérine, un peu avant les règles, subit déjà des modifications, que ses glandes s'allongent et s'élargissent, que ses tissus s'épaississent et s'infiltrent : normalement, pendant la menstruation, l'épithélium se desquame par places.

Dès lors, pour de Sinéty, la dysménorrhée avec pseudo-membranes sera réalisée simplement par la desquamation en masse ou par grands lambeaux, nécessitant pour l'expulsion du produit des contractions utérines énergiques. Petit a cherché à concilier toutes les opinions en admettant pour l'exfoliation utérine trois degrés : le premier limité à l'épithélium correspondant à la menstruation normale, comme nous l'avons déjà vu ; le second à une exsudation fibrineuse sous-épithéliale dont je ne m'explique pas l'apparition en pareil lieu et que je n'ai d'ailleurs jamais vue ; enfin, le troisième comprenant le chorion de la muqueuse et constituant la véritable dysménorrhée membraneuse.

Après la description que j'ai donnée ailleurs de la muqueuse utérine et les réflexions que suggère la disposition anatomique toute spéciale de ses vaisseaux et sur laquelle j'ai attiré personnellement l'attention, l'explication du processus me paraît très simple. J'ai fait ressortir, en effet, qu'il existe, dans la muqueuse, deux réseaux capillaires sanguins superposés, l'un superficiel et

(1) De Sinéty. Des relations qui existent entre la dysménorrhée membraneuse et la menstruation normale. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1881.

sous-épithélial, l'autre profond et juxta-musculaire; tous deux sont en communication par des artérioles d'un calibre et d'une résistance considérables. Pendant la menstruation normale, les ruptures vasculaires se produisent dans le réseau sous-épithélial exclusivement. Mais des causes variées peuvent augmenter la résistance de la couche qui le recouvre : la sclérose a épaissi les tissus de la muqueuse ; la présence d'un polype, une flexion utérine ont amené la congestion puis l'hyperplasie de la muqueuse ; enfin l'aménorrhée prolongée a laissé à cette muqueuse si vivace, dont la vie n'est qu'un rajeunissement sans cesse renouvelé, le temps d'accumuler des stratifications plus nombreuses, plus résistantes qu'à l'état ordinaire et qui doivent résister davantage à la tension vasculaire normale.

Cependant, le molimen menstruel parti de l'ovaire maintient l'utérus congestionné ; l'organe est gros, la muqueuse s'infiltre davantage dans la zone des réseaux capillaires. Les contractions utérines redoublent de violence et des nappes hémorrhagiques se produisent à la limite qui sépare la couche contractile (musculeuse) de la couche inerte (muqueuse), entraînant le décollement de la muqueuse avec tout ou partie du chorion, des vaisseaux et des glandes qui le constituent.

Suivant que la nappe hémorrhagique est totale ou partielle, la muqueuse tout entière ou des fragments seulement sont séparés, puis éliminés.

En fait, c'est ce qui se passerait si une application de caustiques, faite un peu avant les règles, créait à la surface de la muqueuse utérine une couche résistante que la poussée sanguine ne pourrait entraîner qu'avec la muqueuse elle-même. L'expérience serait facile à répéter si elle ne devait pas présenter de dangers. Mais que dis-je ? Elle n'a été réalisée que trop de fois par l'emploi irréfléchi des caustiques violents dans la cavité utérine !

Rien ne ressemble plus à l'élimination de la muqueuse menstruelle résistante et épaissie que la déhiscence naturelle de l'œuf au terme de la gestation.

Quelles sont maintenant les relations existant entre les causes d'ordre général ou diathésique et ce processus ? Toutes ces malades, ai-je dit, sont des arthritiques, des nerveuses, parfois des

névropathes avérées, souvent des obèses avec des stigmates d'herpétisme. C'est dire qu'elles ont des tissus qui s'indurent facilement, un appareil névro-vasculaire irritable, une peau et des muqueuses prédisposées, des veines à l'ectasie facile et des artérioles à tendance scléreuse. Ces éléments réunis créent, pour l'apparition du phénomène, des conditions d'élection.

A l'*arthritisme-herpétisme* revient la localisation irritative, dans un organe glandulaire, faisant office d'excrétion et de sécrétion, d'où : l'infiltration de la muqueuse, l'engorgement de ses glandes, sa prolifération épithéliale rapide.

A *l'artério-sclérose* se rattachent le trouble névro-vasculaire et l'excès de résistance de la membrane.

A la *névropathie* revient la forme spasmodique des contractions du muscle et les douleurs qui accompagnent celles-ci.

Quant à l'exsudation fibrineuse pure, amenant, par la coagulation, la formation de la pseudo-membrane des auteurs et correspondant à l'endométrite (?) exsudative citée plus haut, je la considère comme absolument exceptionnelle. De Sinéty lui accorde trop d'importance quand il la regarde comme la première étape de la dysménorrhée membraneuse vraie ou comme une forme plus légère.

La membrane dysménorrhéique est, en somme, pour moi, une lésion comparable à une dermatose localisée à l'utérus, ayant comme point de départ un trouble trophique d'origine nerveuse, et où deux éléments, par conséquent, viennent jouer leur rôle, l'exfoliation et l'état spasmodique. Au point de vue de l'exfoliation, c'est un état à rapprocher de ceux que l'on observe chez les arthritiques atteints de certaines manifestations herpétiques de leur diathèse : leucoplasie buccale, entérite exfoliatrice, colpite exfoliatrice. Mais il y a ici quelque chose de plus que dans la simple détermination cutanée ou muqueuse, il y a l'élément névrosthénique agissant sur un organe éminemment contractile, l'utérus. Il y a enfin, par-dessus tout, le rythme périodique des poussées congestives et des crises mensuelles de contraction utérine que la fonction ovarienne entretient régulièrement et d'une manière indéfinie, une fois constituées les conditions organiques du phénomène ; de là la physionomie toute spéciale de cette sorte de dermatose, qui, je le répète, est, avant tout, *fonc-*

tion de la diathèse arthritique, à la faveur d'une disposition névropathique spéciale.

Symptômes.

Le signe clinique essentiel est l'expulsion de la fausse membrane avec les caractères que nous lui avons décrits.

Churchill, Barnes, etc., font remarquer, comme signes prodromiques, *l'augmentation anormale du volume de l'utérus* et la douleur à la région hypogastrique. Scanzoni a signalé la douleur lombaire et périombilicale.

Les symptômes concomitants sont ceux d'une dysménorrhée qui, dans bien des cas, ne présente absolument rien de spécial.

Douleur. — Les *douleurs* ont habituellement une intensité particulière : elles sont sensiblement plus prononcées chez une nullipare que chez celles qui ont accouché et empruntent, pour beaucoup d'auteurs, leur intensité à la résistance de l'orifice interne à l'expulsion du produit. C'est l'opinion de Barnes, de Beigel, de Gautier (de Genève). Les grandes multipares, au col béant, peuvent, selon Loehlein (1), expulser leurs membranes à peu près sans douleurs.

Bernutz, de Sinéty, Gallard, Mayer (2), Williams (3), ont observé également des cas de dysménorrhée membraneuse sans douleurs, qu'ils expliquent aussi par la béance des orifices cervicaux. A. Petit (4) pense que la cause doit en être recherchée dans une disposition spéciale de la muqueuse utérine. Il ajoute que l'absence de douleurs n'est jamais complète, sans quoi l'attention de la malade n'eût pas été éveillée et il n'aurait été fait aucune recherche des membranes dans le sang des règles.

Il peut arriver que la membrane obture entièrement l'orifice interne, et arrête le cours des règles, retenant le sang dans la cavité utérine (de Sinéty). L'expulsion se fait alors ordinairement par lambeaux et au milieu de vives douleurs.

(1) Loehlein. *Centralblatt für Gynaekologie*, 1889, p. 733.

(2) Mayer. *Beitrage zur Geburtskunde und Gynaek.*, vol. IV, Berlin, 1875, p. 28.

(3) Williams. *Arch. de Tocologie*, 1878, t. V, p. 353.

(4) A. Petit. *Dict. encycl. des Sc. méd.*, XXXI, p. 132.

Pendant l'expulsion de la membrane, les douleurs peuvent prendre la forme de véritables contractions intermittentes analogues à celles de l'accouchement.

Hémorrhagie, pertes séreuses. — Il apparaît alors généralement un peu de sang ; puis l'expulsion a lieu, plus souvent par lambeaux qu'en totalité, au bout de 12 ou 24 heures et plus. Le sang s'écoule ensuite plus abondamment, pour disparaître, ainsi que les douleurs, au bout de deux ou trois jours. Il subsiste le plus souvent de l'écoulement leucorrhéique que Churchill croit devoir rapporter à la plaie utérine en cicatrisation et que de Sinéty attribue à la lésion muqueuse qui a provoqué le processus. La quantité de sang est toujours abondante et parfois on observe de véritables ménorrhagies.

Troubles menstruels. — La menstruation apparaît, dans certains cas, à son époque normale ; le plus souvent il y a un retard plus ou moins marqué. Haussmann (1) s'était même basé sur ces retards pour affirmer la nature abortive de la membrane. Parfois même, comme je l'ai vu, la menstruation peut faire défaut dans l'intervalle des crises et c'est à la suite de véritables périodes d'aménorrhée, en dehors de tout soupçon de grossesse, que la fausse membrane apparaît.

Marche, persistance et périodicité du phénomène. — Un fait bien important, c'est que la disposition anatomique qu permet cette exfoliation, est, chez la femme qui la possède, un fait définitivement acquis dans la plupart des cas. En d'autres termes, on ne connaît pas de cas où l'exfoliation se soit produite une fois, pour ne plus jamais reparaître. Haussmann (2) avait déjà indiqué cette particularité. Schrœder reconnaît que c'est là la règle, mais cite une observation personnelle (3) dans laquelle il a noté le fait chez une accouchée qui donnait le sein et chez qui les règles se rétablirent ensuite comme de coutume ; de Sinéty fait remarquer que l'absence d'examen histologique retire à ce fait toute sa valeur : il pouvait s'agir, en effet, d'une caduque d'avortement.

Ce que l'on voit plus souvent, c'est l'affection se produire d'une manière intermittente, se montrer tous les deux ou trois mois, et

(1) Haussmann. *Monatschrift für Geburtskunde*, 1868.
(2) Haussmann. *Berl. Beitrage zur Geburtskunde und Gynaek.*, B. I, H. II, p. 156.
(3) Schrœder. *Loc. cit.*, p. 364.

s'accompagner, à ce moment, de coliques plus fortes qu'à l'ordinaire et d'un écoulement de sang peu abondant. Bernutz (1) regarde ces cas comme un premier degré de la maladie. De Sinéty, qui a observé aussi des cas de ce genre, croit qu'il s'agit d'une forme fruste, d'un type abrégé destiné à en rester là, car toutes ces malades ont conservé la même disposition, sans nulle tendance à empirer : les formes bruyantes sont telles dès le début. Il ne saurait donc être question de degré ni de phases.

En général, la femme conserve cette disposition jusqu'à la ménopause, et l'expulsion des membranes se renouvelle à chaque menstruation.

Stérilité. — La *grossesse* est rare dans les cas de dysménorrhée membraneuse authentique : le plus souvent un avortement vient l'entraver à plus ou moins brève échéance. J'ai obtenu, à force de patience dans le traitement, des guérisons définitives qui ont permis une ou plusieurs grossesses, notamment chez deux malades soignées concurremment, l'une avec le Dr Bonnet, l'autre avec le Dr Kopft. Mais dans certains cas où la grossesse a pu être menée jusqu'à son terme, la dysménorrhée membraneuse a reparu toute semblable avec la reprise de la menstruation. Notons enfin, à titre exceptionnel, bien qu'instructif, l'apparition de crises dysménorrhéiques au cours de la grossesse avec expulsion de membranes (2).

Dans un cas, où la dysménorrhée apparaissait d'une façon intermittente, j'ai vu les crises alterner avec des tiraillements d'estomac, avec des troubles viscéraux sympathiques, qui ne me permettent de conserver aucun doute sur l'étiologie névropathique commune de tous ces troubles.

En résumé, il ressort de toute cette analyse deux symptômes : la colique utérine et l'écoulement du sang, — et un signe unique, mais capital, l'exfoliation de la muqueuse.

Dans la marche, ce qui domine, c'est la coïncidence des phénomènes précités avec la période menstruelle et leur répétition fréquente.

(1) Bernutz. *Arch. de Tocologie*, 1879, p. 81.

(2) Voy. Landa. Th. de Paris, 1886. Doléris. *Communication à la Société de Biologie*, 1883.

Traitement.

Le traitement, comme la cause, sera *local* et *général*.

Le traitement local indiqué par les auteurs vise, très logiquement d'ailleurs, quand elle existe, l'endométrite que l'on croyait responsable de la production du phénomène. C'est ainsi que de Sinéty conseillait les cautérisations de la muqueuse au nitrate d'argent. Mais il fait remarquer avec raison qu'il peut ne pas exister d'endométrite et qu'alors l'emploi des caustiques présente plus de dangers que d'avantages. On a employé les injections intra-utérines, les émissions sanguines locales aux approches de l'accès, les révulsifs appliqués sur l'abdomen.

L'électricité a été conseillée avec plus de légitimité. Tripier (1) conseille de préférence l'emploi des courants faradiques. Onimus indique au contraire l'application quotidienne, ou même matin et soir, pendant 8 à 10 minutes, d'un courant continu, le pôle positif étant placé sur la région lombaire et le pôle négatif sur la région ovarique : d'après lui, on obtient ainsi une sédation rapide des coliques dysménorrhéiques. Solowieff (2) déclare également avoir retiré de ce moyen des résultats supérieurs à ceux de tous les autres modes de traitement.

Contre la douleur des crises, on emploiera les moyens ordinaires, suppositoires, serviettes chaudes sur le ventre, injections hypodermiques de morphine. Aran, Bennett, Courty ont été jusqu'à conseiller dans les cas extrêmes, l'emploi du chloroforme. L'emploi d'un simple lavement chloralé donne les mêmes résultats à beaucoup moins de frais.

En cas de sténose du col, on a conseillé la dilatation avec les bougies ou les laminaires : je préfère en pareil cas les premières aux secondes, la divulsion violente des fibres musculaires et l'élongation brusque des nerfs du col paraissant agir d'une façon

(1) A. Tripier. Leçons cliniques sur les maladies des femmes, et application de l'électricité à ces maladies. Paris, 1883.

(2) A. Solowieff. *Arch. Gynaek.* t. VIII, 1875, p. 527, *Dysmenorrhaea membranacea geheilt durch die Anwendung der Electricitaet.*

plus durable, un peu comme dans le traitement classique des fissures anales.

Tous ces procédés ne sont que palliatifs et ont donné même entre les mains de leurs auteurs plus de revers que de succès.

Le traitement chirurgical se présente avec de plus grandes garanties de réussite. Le procédé de choix est ici le curettage. A priori, on pourrait le croire inutile, étant donné que l'exfoliation de la muqueuse réalise elle-même une sorte de curettage spontané : en réalité, il n'en est rien. La membrane expulsée ne renferme qu'une partie du chorion de la muqueuse. Il faut arracher celle-ci dans son entier et laisser la place à un tissu nouveau, sain, normalement constitué.

Pozzi (1) emploie le curettage suivi d'applications de perchlorure de fer et déclare s'en être toujours bien trouvé. J'ai été moins heureux que lui par ce moyen et n'ai pas toujours réussi, même en réitérant l'opération et en renouvelant les applications du caustique. Rheinstœtter (2) emploie le curettage suivi d'attouchements au chlorure de zinc. Loehlein formule même l'idée, en cas d'échec du curettage répété et de la dilatation cruentée du canal cervical, d'aller au besoin jusqu'à la castration. C'est ce que Lawson Tait n'a pas hésité à faire dans un cas que j'ai rapporté plus haut.

Landowski déclare avoir employé, toujours avec succès, la galvanocaustique intra-utérine.

A mon avis, tous les traitements préconisés sont sans valeur si l'on n'y fait une large place, une place prépondérante à la cure de l'état général.

C'est aux causes essentielles de la maladie qu'il faut s'adresser, et ces causes, je les ai indiquées plus haut, c'est l'arthritisme, c'est la névropathie : contre ces deux facteurs devra être dirigé tout l'effort de la thérapeutique.

On luttera contre l'arthritisme par l'emploi méthodique *des alcalins*, bicarbonate de soude, eaux minérales, cure thermale au

(1) Pozzi. *Traité de gynécologie*, 2e éd.

(2) Rheinstetter. *Praktische Grundzuge der Gynaekologie*, II. Auflage, Berlin 1892, p. 92.

besoin ; — mais surtout par l'emploi, à haute dose et longtemps continué, de *l'iodure de potassium* qui, pour moi, est ici le médicament héroïque. Son action sur la nutrition générale, l'activité qu'il imprime aux échanges, en fait le meilleur moyen de lutte contre les manifestations génitales de l'arthritisme : on sait d'ailleurs qu'il arrête l'obésité si même il ne la combat pas, circonstance heureuse chez la plupart des malades qui nous occupent ici ; et j'ajouterais volontiers un dernier argument en sa faveur, bien que plus hypothétique, c'est son action vasculaire, son efficacité contre l'artério-sclérose, facteur important, comme je l'ai dit des hémorrhagies intradermiques qui amènent la mortification de la muqueuse et son exfoliation.

A ces deux médicaments, on joindra un régime alimentaire en rapport, et connu par ailleurs : abstention du café, des liqueurs alcooliques, réduction des heures de sommeil.

L'exercice au grand air, l'entraînement physique, avec le séjour en pays de montagnes seront conseillés, ainsi que l'excitation méthodique quotidienne de la peau par les frictions sèches répétées.

Contre l'élément névropathique, on emploiera, non moins nécessairement, l'hydrothérapie sous sa forme excitante, la *douche froide* très courte en jet brisé, au besoin la douche écossaise ; on recourra aux frictions cutanées générales avec le gant de crin, ou simplement avec de l'alcool. On recommandera le massage général.

Comme médication interne destinée à compléter la même indication, on donnera du bromure de potassium, ou du poly-bromure. Le *viburnum prunifolium*, très employé par les Américains contre les spasmes douloureux de l'utérus pourra logiquement être essayé.

Les moyens généraux sont, je le répète, la partie essentielle d'un traitement qui exige beaucoup de patience de part et d'autre, et qui n'aura ordinairement besoin d'être complété localement que par l'emploi de quelques topiques utérins anodins, de l'iodoforme entre autres, dont Skene recommande beaucoup l'emploi et que l'on pourra injecter sans danger dans la cavité utérine à l'état de fine suspension dans la glycérine.

V

TROUBLES PHYSIOLOGIQUES NON INFLAMMATOIRES DE L'UTÉRUS ACCOMPAGNANT LES NÉOPLASMES UTÉRINS

On sait depuis longtemps que la plupart des néoplasmes développés dans l'appareil utérin et dans sa contiguïté, donnent naissance, en dehors des signes qui leur sont propres, volume, consistance, douleurs, compression, ascite, etc., à un certain nombre de troubles portant sur l'utérus lui-même et qui peuvent, dans bien des cas, donner l'éveil sur l'apparition du néoplasme ou nous renseigner cliniquement sur sa marche. Ces troubles, d'ailleurs très variables, peuvent être représentés par des hémorrhagies, par l'altération des sécrétions, un écoulement hydrorrhéique, l'accroissement du volume de l'organe et la modification de sa consistance, la béance du col, son aspect turgide et violacé, la dilatation de son orifice interne, etc.

Tous ces symptômes peuvent se retrouver dans la métrite, et il n'en a pas fallu davantage pour qu'on ait confondu ce syndrome plus ou moins complet avec la métrite elle-même : pour certains, la métrite (!) *hémorrhagique* serait presque toujours *symptomatique* du cancer ou du fibrome.

Cette confusion clinique a été aggravée par les recherches histologiques. Le muscle a été trouvé quelquefois altéré, et la muqueuse a présenté, dans certains cas, des lésions anatomiques ressemblant, à s'y méprendre, à celles de la métrite, aussi bien dans sa variété glandulaire que dans sa variété interstitielle. Les beaux travaux de Wyder, sur les altérations de la muqueuse dans les myomes, n'ont fait que confirmer cette manière de voir, de même que le succès relatif contre ces symptômes, de certains procédés thérapeutiques ayant fait leurs preuves dans le traite-

ment de la métrite à forme hémorrhagique, le curettage par exemple.

Nous allons essayer de démontrer que là encore, il ne s'agit pas toujours d'une métrite vraie, idiopathique, pas même d'une métrite symptomatique, comme on l'a dit, — en d'autres termes, que ces troubles, ni par leur marche, ni par les lésions qui les accompagnent, ne doivent être confondus avec l'inflammation véritable ; c'est-à-dire qu'il s'agit encore là, le plus souvent, d'une *fausse métrite*.

Mais, avant tout, vidons une question préalable dont on nous ferait une objection trop facile.

La métrite vraie peut envahir les utérus atteints de néoplasies comme n'importe quel utérus.

Dans les cas de fibromes, il n'y a aucun doute ; la muqueuse œdématiée, saignante, qui tapisse alors l'utérus, est facilement envahie par les agents infectieux, même banaux. Certains fibromes peu profonds subissent une mortification superficielle et deviennent la source d'écoulements purulents, manifestement septiques.

Il est évident que ce n'est pas à ces cas que nous faisons allusion, mais bien à ceux où les troubles précités existent sans qu'aucun agent infectieux puisse être incriminé.

Le cas de l'utérus cancéreux est plus simple encore, et, à vrai dire, la question de métrite ou de fausse métrite passe ici au second plan, en présence des dégénérescences beaucoup plus complexes dont la muqueuse est le siège.

Il y aurait, à ce propos, une question intéressante à étudier, au sujet des rapports de la métrite et du cancer : c'est celle de l'origine même du carcinome et de la part qui revient, dans sa pathogénie, aux lésions chroniques de nature véritablement inflammatoires, — et par inflammatoires, j'entends bien ici celles qui relèvent de microbes pathogènes à leur origine.

Il est admis et à peu près démontré que le cancer de l'utérus débute dans les cellules indifférentes de la paroi externe des glandes et dans le tissu conjonctif interstitiel, particulièrement celui des parois vasculaires. Mais cela ne prouve pas que l'irritation spécifique ne se soit introduite par la voie des glandes ou par le sang.

Marfan a démontré, dans sa thèse, à propos du cancer de l'estomac, qu'il existe dans la muqueuse gastrique des lésions progressivement variées, à partir de la gastrite simple avec lésions glandulaires, jusqu'aux lésions chroniques à forme papillaire, absolument comparables au stade initial de certaines formes d'épithélioma.

Mais ce sont là, malgré l'apparence logique, des faits encore insuffisants pour établir dès aujourd'hui que les déviations malignes du tissu utérin dérivent de processus inflammatoires chroniques, anciens, réduits à un minimum de virulence persistante.

Reste la question de la coexistence de la métrite et du cancer, et celle, connexe à la précédente, de la production de la métrite par le fait du cancer. La première ne présente pas d'intérêt réel, comme nous l'avons dit plus haut. La seconde, qui tient précisément à notre sujet, ne mérite, en raison de son peu d'importance clinique, d'être étudiée qu'au point de vue doctrinal ; et ici, je ne me crois pas obligé de me départir de la base déjà acceptée, à savoir la nécessité d'une infection microbienne pour qu'il y ait métrite réelle.

En fait, la discussion est oiseuse et dépourvue de portée pratique, en ce qu'aucune thérapeutique ne saurait être proposée contre les lésions de métrite vraie ou de fausse métrite, associées au cancer de l'utérus, qui est et doit rester l'objectif principal du clinicien.

J'ai eu à observer cependant une condition qui prête à des considérations utiles : c'est l'existence d'abcès utérin, de pyomètre coexistant avec l'épithélioma végétant du col, vraisemblablement amené par l'occlusion du conduit utérin. J'ai pratiqué l'hystérectomie dans des cas de ce genre. Des flots de pus septique s'écoulent pendant l'opération, ce qui oblige l'opérateur à redoubler de précautions pour ne point infecter la plaie.

Tout autre est la question dès qu'il s'agit du fibrome, tumeur locale, bénigne en tant que néoplasme, ayant ses symptômes propres, mais qui peuvent être aggravés par un phénomène spécial, tel que l'hémorrhagie, ou exagérés par des troubles ou des modifications anormales de la muqueuse utérine. En d'autres termes, la question se pose, pour certains cas de myomes utérins,

de savoir si les pertes sanguines ne sont pas dues à des altérations morbides de la muqueuse, complication fortuite du fibrome, — endométrite pour les uns, — fausse métrite, processus hyperplasique torpide lié à l'évolution du néoplasme, pour nous.

C'est sur ce terrain que la discussion se poursuit et c'est dans ce sens que nos recherches ont été faites.

Qu'on ne s'étonne pas si nous donnons une certaine importance à cette étude, car il s'y rattache une conclusion de thérapeutique importante. De ce qu'en effet, on a pensé retrouver habituellement, dans les cas de fibrome, les lésions de l'endométrite, on en a déduit que ces lésions surajoutées au néoplasme entraient pour la plus grande part dans la pathogénie spéciale de l'hémorrhagie typique du fibrome utérin. De là à faire du curettage un agent précieux contre l'hémorrhagie et à généraliser cette pratique, il n'y avait qu'un pas. Cette idée cependant est injustifiée par l'exacte appréciation des lésions qui diffèrent de la métrite vraie et sont susceptibles de se reproduire malgré le curettage répété, en raison de ce qu'elles trouvent dans l'évolution du fibrome des conditions suffisantes pour apparaître.

Altérations anatomiques et physiologiques dans les cas de fibromes et de cancer.

Deux éléments entrent ici en jeu : les lésions du *muscle* et celles de la *muqueuse*.

1° *Altérations du muscle utérin.*

Il y a une distinction primordiale à établir. On sait que le fibrome peut se présenter dans l'utérus sous deux formes anatomiques différentes : le fibrome *diffus* et le fibrome *circonscrit* ou *nodulaire*. Dans le premier, les altérations du muscle relèvent de la structure du fibrome lui-même ; la transition se fait insensiblement du muscle sain au muscle dégénéré, et dans certains cas, qualifiés de *myomatose* totale, la dégénérescence s'étend à la totalité du muscle utérin.

Lorsque le fibrome est circonscrit, qu'il est séparé du reste du tissu utérin par une gaine lâche lui formant une sorte de paroi ou de capsule adventice, le reste de l'organe échappe à la dégénérescence, et les lésions que nous avons à étudier alors dans le muscle, sont d'un tout autre ordre.

Elles se résument habituellement dans un état de congestion *passive*, rappelant ce que les anciens appelaient l'*engorgement utérin*. L'utérus, en tant que trame extensible et élastique, *s'infiltre,* augmente de volume, devient turgide et mou. Cette augmentation de volume de l'utérus myomateux, qui n'appartient pas tout entière au néoplasme, devient surtout sensible au moment des règles.

L'excès de congestion s'explique souvent par l'existence d'une flexion et de déformations diverses, réalisant une atrésie du conduit utérin et retardant notablement la sortie du sang : le molimen menstruel se trouve ainsi troublé dans le sens d'un mouvement fluxionnaire immodéré, sans compter que l'excès de nutrition exigé par la tumeur et l'excès de vascularisation qu'il entraîne, profitent au reste de l'organe et deviennent une cause fatale d'engorgement pour la portion restée saine.

De cet engorgement congestif dérive nécessairement une hyperplasie de la musculature utérine, très aisée à constater par l'abondance des fibres-cellules nucléées jeunes et des capillaires de formation récente. Macroscopiquement, l'épaisseur exagérée des parois de l'utérus rapportée à la masse de l'organe supposé débarrassé des néoplasmes qui l'infiltrent, est aisée à apprécier.

Le fait est d'ailleurs mis en lumière par les bons effets que donne ici l'emploi de l'électricité ; grâce à elle, on a obtenu une diminution sensible du volume de l'utérus, qui a pu en imposer pour une régression du fibrome lui-même. Or cette diminution ne saurait porter que sur les éléments contractiles des vaisseaux ou de l'organe utérin, c'est-à-dire sur la partie restée saine, la partie dégénérée étant généralement très peu contractile, en cas de myome vrai, et point du tout s'il s'agit d'un néoplasme abondant en fibres conjonctives.

Il faut encore signaler, parmi les lésions du stroma, les altérations vasculaires, épaississement scléreux des parois artérielles, et surtout les thromboses veineuses, très suffisantes pour sup-

primer la circulation en retour dans des zones importantes de la tumeur et qui ont pu, dans certains cas, causer la mort subite, à la suite du détachement du caillot (Voir th. de Schwartz). Ces thromboses sont apparemment la conséquence de l'anémie excessive, causée par des hémorrhagies abondantes ou des compressions partielles.

C'est ici que prennent place les ectasies lymphatiques que nous avons décrites dans notre mémoire sur les myomes (1) et que l'on retrouve dans bien des cas d'hyperplasie du muscle utérin : le réseau lymphatique, dont l'appareil contractile vasculaire est insignifiant, se prête alors à de larges dilatations variqueuses de ses vaisseaux et surtout de ses lacunes ; c'est une véritable infiltration du myome et du tissu musculaire ambiant, infiltration qui nous rendra compte plus tard de certains détails de la symptomatologie de ces troubles (hydrorrhée).

De sorte que nous trouvons comme explication à l'hyperplasie du stroma musculaire, dans les myomes, la nutrition exagérée de l'organe, le molimen menstruel excessif dans sa durée et dans son abondance, la gêne circulatoire apportée par la flexion, les déformations du conduit utérin et finalement son atrésie, enfin les obstructions marastiques dans les veines des parois utérines. Et, comme conséquence, nous trouvons le développement anormal d'un système séreux lacunaire, dépendant de la circulation lymphatique, capable de participer à la turgescence périodique de la tumeur et d'expliquer certains écoulements séreux.

2° *Lésions de la muqueuse.*

D'après l'analyse des travaux publiés sur la question, l'examen histologique de la muqueuse utérine a fait découvrir dans les cas de *myome*, trois états possibles de cette muqueuse.

Nous allons nous en tenir, dans cet exposé, aux des criptions et aux appréciations des auteurs pour établir ensuite notre manière de voir.

1° La muqueuse est *normale.*

2° La muqueuse présente les lésions de l'*endométrite glandulaire* qui correspond à l'inflammation aiguë récente.

(1) Doléris. *Archives de Tocologie*, 1883.

3° La muqueuse présente les lésions de l'*endométrite interstitielle*, c'est-à-dire de la *métrite chronique*.

Nous éliminerons d'abord les cas où la muqueuse est normale ; ils ne sont pas si rares qu'on pourrait le croire. *Wyder*, *Semb* en ont signalé des observations, et j'ai noté le fait plusieurs fois, pour mon compte, sur des utérus que j'ai enlevés. Il est d'ailleurs d'observation courante que le fibrome peut évoluer parfois insidieusement pendant une assez longue période, sans qu'aucun signe clinique puisse donner l'éveil sur sa présence, hémorrhagie ou hydrorrhée, jusqu'au jour où l'augmentation de volume du ventre attire l'attention et provoque l'examen.

Les altérations de la muqueuse, quand elles existent, présentent des caractères qui se rapprochent des lésions de l'endométrite, soit interstitielle, soit glandulaire.

Mais il importe d'établir à nouveau une distinction capitale, dans laquelle gît le point essentiel de cette étude. Dans certains cas, avons-nous dit, l'existence de la métrite est évidente et elle relève toujours, ici comme partout, de son étiologie ordinaire, l'infection. Dès lors on peut observer toutes les lésions de la métrite vraie, jusque dans ses formes les plus aiguës : écoulements fétides et purulents, accompagnant ou non la nécrobiose des fibromes superficiels ulcérés, — lymphangite et phlébite dans l'épaisseur des tissus. J'ai rapporté un cas de mort par phlébite dans un cas de fibrome ulcéré et j'ai opéré plusieurs cas de cet ordre. Disons, à ce propos, que l'utérus fibromateux n'est pas sans quelque analogie avec l'utérus gravide et que la marche de l'infection peut s'y présenter avec les mêmes caractères.

La question de savoir si, en pareil cas, l'infection a précédé le fibrome ou lui a été consécutive est assez délicate et d'ailleurs ne présente qu'un intérêt pratique secondaire. Le fibrome se montre dans une proportion assez élevée, comme l'on sait, chez les vierges, et il est de toute évidence qu'ici l'infection, lorsqu'elle apparaît, est en général secondaire : son apparition ne s'en explique pas moins aisément par les conditions exceptionnellement favorables que présente la muqueuse hyperplasiée et fonctionnant mal, au développement des germes de toute sorte, même banaux, qui fourmillent dans les premières voies génita-

les des vierges, peut-être plus abondamment qu'ailleurs, les soins de propreté y étant plus rares.

D'autres fois, la métrite préexiste au fibrome : le fait est non moins incontestable. A-t-elle eu son rôle dans l'apparition de celui-ci ? Le fait n'est nullement démontré par les statistiques entreprises sur l'étiologie du fibrome, tout au contraire.

Ce qui est autrement intéressant pour nous, c'est de savoir si les lésions que nous étudions sont plus prononcées chez les femmes concurremment affectées de métrite. Nous n'avons point entrepris de statistiques à cet égard ; mais ce qui est d'ores et déjà certain, c'est que les altérations de la muqueuse ne sont pas exactement les mêmes, c'est que les traces de l'inflammation dans la muqueuse restent nettement perceptibles, comme nous le démontrerons plus loin. C'est donc sur le critérium anatomique que nous nous baserons, pour classer comme fausse métrite les troubles apparaissant dans les utérus fibromateux, où nous aurons la preuve que l'infection n'a point pénétré.

Voyons maintenant quelles sont les lésions décrites par les auteurs dans la muqueuse, en cas de myomes.

Wyder, qui a publié le premier, sur cette question, deux importants mémoires (1), a décrit dans cette muqueuse une série de lésions, variables suivant les cas, qu'il range sous deux dénominations : *lésions d'endométrite glandulaire*, *lésions d'endométrite interstitielle.*

Dans le premier cas, on trouve l'appareil génital hypertrophié d'une manière générale : les glandes sont nombreuses, flexueuses par places : le tissu interstitiel est normal.

Dans le second, l'élément interstitiel devient envahissant, les glandes sont atrophiées, beaucoup perdent leur épithélium, quelques-unes, étouffées par la prolifération conjonctive environnante, deviennent kystiques ; les vaisseaux sont dilatés, abondants ; des cellules rondes se montrent dans la profondeur du tissu. A un degré plus avancé, la muqueuse n'est plus qu'une nappe de sclérose, où l'élément glandulaire n'est plus représenté que par des vacuoles le plus souvent dépourvues d'épithélium.

(1) Wyder. Beitraege zur normalen und path. Histol. der Uterus Schleimhaut (*Arch. für Gynaek.*, 1878, Bd XVIII, p. 35). Id.: Die Mucosa Uteri bei Myomen. (*Arch. fur Gyneaek.*, 1887, Bd. XXIX, p. 28.)

Ces deux types essentiels de lésions peuvent se montrer juxtaposés, soit en surface, soit en profondeur. Wyder décrit, dans un second mémoire, un cas de myome sous-séreux, où la muqueuse, au niveau du myome, présentait les altérations de l'endométrite interstitielle, et, dans la zone avoisinante, celles de l'endométrite glandulaire. Dans un autre cas, la coupe de la muqueuse présentait, dans ses régions supérieures, des glandes hypertrophiées et flexueuses, et dans ses couches profondes, au contact du néoplasme, des glandes en voie d'atrophie et un envahissement marqué par les cellules fusiformes du tissu interstitiel.

Enfin, dans certains cas, Wyder a observé la forme décrite par Olshausen sous le nom d'endométrite *fongueuse*, dans laquelle l'hyperplasie s'accompagne de productions superficielles végétantes, avec hypertrophie de tous les éléments de la muqueuse à la fois : glandes, épithéliums, tissu conjonctif et vaisseaux.

Dans ce travail, et surtout dans le second qu'il a publié sur le même sujet, Wyder s'est attaché à relier ces divers types de lésions aux diverses situations que le néoplasme peut occuper dans l'épaisseur du tissu utérin.

1° Dans les myomes *sous-séreux*, il a trouvé une muqueuse très épaissie dont les altérations sont celles de l'endométrite glandulaire interstitielle.

2° Dans les myomes *intra-muraux*, il a observé deux fois de l'endométrite glandulaire, trois fois de l'endométrite interstitielle avec développement des vaisseaux, une fois une muqueuse absolument saine. Dans ces cas et dans le précédent, c'est pour Wyder la leucorrhée et l'hydrorrhée qui forment les symptômes cliniques dominants.

3° Quand la tumeur est *sous-muqueuse*, on trouve les lésions caractéristiques de l'endométrite interstitielle ; la couche profonde est remplie de tractus conjonctifs ; les vaisseaux superficiels sont dilatés et épaissis.

Pour Wyder les hémorrhagies sont causées, soit par les altérations d'endométrite interstitielle, soit par l'endométrite fongueuse, ou encore par des troubles vasculaires dus à une compression des artérioles ou à la réplétion veineuse.

Von Campe (1) a purement et simplement confirmé les recherches de Wyder, en ce qui concerne les relations du type des lésions avec le siège du myome.

Dans un second mémoire, Wyder est revenu sur la même idée et a cherché à montrer, dans une formule synthétique, que les lésions évoluent d'autant plus vers le type de l'endométrite glandulaire, que le myome est plus éloigné de la cavité utérine, autrement dit de la muqueuse. Et inversement, dans les myomes sous-muqueux, l'endométrite interstitielle est d'autant plus étendue que le myome est plus voisin de la muqueuse.

La première forme (*end. glandulaire*) prédispose peu à l'hémorrhagie, non plus qu'aux dégénérescences malignes.

L'hémorrhagie appartient surtout au myome sous-muqueux, avec lésion d'endométrite interstitielle fongueuse, et développement vasculaire anormal ou troubles de compression veineuse.

En résumé, la tendance de Wyder et de Von Campe est d'identifier d'une façon complète ces lésions avec les types correspondants de l'endométrite, en sorte que, si cliniquement et pathologiquement nous n'avons pas là la preuve de l'existence d'une endométrite véritable, faute de l'élément inflammatoire, anatomiquement, du moins, nous en avons les lésions.

C'est également la conclusion à laquelle arrive le travail tout récent de Semb (2).

Sur 23 myomes utérins dont il a examiné la muqueuse, voici ce qu'il a trouvé :

Myomes sous-séreux, 8 cas : 3 fois ; hyperplasie générale de la muqueuse ; 2 fois, légères altérations inflammatoires ; 3 fois, endométrite grave, proliférante ou atrophiante.

Myome intra-ligamentaire, 1 cas. Muqueuse atrophiée, et, de plus, envahie par une inflammation légère.

Myomes interstitiels, 8 cas : 5 fois la muqueuse était le siège d'une hyperplasie uniforme et simplement glandulaire ; 1 fois on nota en outre un commencement de dégénérescence carcino-

(1) Von Campe. Verhandl. der Berl. Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynaekologie, Januar 1884. (*Zeitschrift für Geb. und Gynaek.*, 1884, Bd X, p. 351.)

(2) O. Semb. *Arch. f. Gynaek.*, 1893, XXXIV, Heft 2, p. 200.

mateuse secondaire ; — dans l'autre cas, une prolifération de l'épithélium glandulaire, à caractère spécial (maligne ?) ; — dans un cas, dégénérescence de la muqueuse ; — dans un autre cas, atrophie considérable, sans trace aucune d'un travail inflammatoire. Enfin, dans un cas, la muqueuse, au niveau de la tumeur, était le siège d'une inflammation chronique, avec ratatinement et dégénérescence kystique des glandes.

Myomes interstitiels sous-muqueux, 6 cas : muqueuse considérablement atrophiée au niveau de la tumeur. Dans le voisinage et en regard du néoplasme, la muqueuse était envahie une fois par une endométrite diffuse légère, une fois par une inflammation diffuse très prononcée. Hyperplasie glandulaire légère dans un autre cas ; atrophie plus ou moins prononcée, avec altérations inflammatoires dans 3 autres cas.

La conclusion de l'auteur est que toutes ces lésions ont entre elles un rapport d'*ancienneté*. Au début du myome, il y a presque toujours une hypertrophie, ne s'accompagnant pas de lésions inflammatoires, hypertrophie tantôt uniforme, tantôt prépondérante pour l'appareil glandulaire.

Plus tard, apparaissent des lésions secondaires, occasionnées par la pression qu'exerce le néoplasme sur la muqueuse, par des inflammations concomitantes, par d'autres complications. Ces altérations secondaires peuvent effacer complètement l'hypertrophie. Aussi, il est de règle que, dans le cas d'un myome sous-muqueux, la muqueuse s'atrophie au niveau de la tumeur.

Rappelons que Wyder avait déjà signalé des cas où sur la même coupe, l'on voyait à la superficie l'élément glandulaire hypertrophié, et dans la profondeur, au contact du fibrome, l'endométrite interstitielle faire déjà son apparition.

Comme on le voit, Semb est beaucoup moins exclusif que Wyder, en ce sens qu'il a parfaitement reconnu l'existence des cas où tout se borne à de l'hyperplasie des divers éléments de la muqueuse. Reste à savoir si véritablement cet état n'est qu'un premier degré des lésions d'endométrite interstitielle qui doivent fatalement en découler.

Il met sur le même rang, pour amener ce résultat, des causes banales, comme l'action physique de la compression due au néo-

plasme, et des causes que je considère comme bien autrement significatives, à savoir l'envahissement secondaire de la muqueuse par un processus inflammatoire, c'est-à-dire infectieux.

Tout ceci revient à dire, en somme, que l'hyperplasie simple n'est pas une lésion définitive, pouvant rester unique et qu'elle n'est que le premier temps d'un processus pathologique qui se continue par l'endométrite glandulaire pour aboutir comme terme ultime à l'endométrite interstitielle.

C'est cette assertion qui ne nous paraît pas exacte. Nous l'avons dit plus haut : dans certains cas, il y a manifestement endométrite, et l'examen histologique des pièces nous l'a montré indiscutablement. Dans d'autres, nous le maintenons, il n'y a pas *d'endométrite vraie*, pas plus cliniquement qu'histologiquement.

Voici le résultat de nos recherches, d'où nous serons amenés à maintenir nettement la distinction fondamentale qui fait l'objet de cette discussion.

Ire Observation. (*Forme hyperplasique.*)

« Mme B... *Myomatose totale et tumeurs isolées.*

« En fendant la tumeur, on trouve la cavité utérine très agrandie ; l'orifice d'une des trompes est dilaté et admet facilement une sonde cannelée (1) ; l'autre est normal. Dans le fond de l'utérus, la muqueuse est très épaissie (6 à 9 mm.) et extrêmement fongueuse, surtout près des cornes.

Examen microscopique. « Toute l'épaisseur de la muqueuse est occupée par un nombre considérable de cavités glandulaires très rapprochées les unes des autres, et très régulières. La surface de coupe en est arrondie, quelquefois un peu flexueuse. L'épithélium qui tapisse les parois a l'aspect à peu près normal. Cependant on n'en distingue pas les cils vibratiles : les éléments cellulaires sont un peu moins allongés et un peu moins clairs près de leur extrémité libre qu'à l'état normal. Ces différences sont d'ailleurs peu marquées.

(1) Ce fait de l'ectasie du conduit tubaire est à noter pour expliquer certaines salpingorrhées.

« Les cavités glandulaires sont *peu dilatées.* Elles contiennent quelquefois des débris épithéliaux, mais le plus souvent sont vides.

« Entre les glandes, le tissu est composé de cellules droites, ou bien rondes, tassées les unes contre les autres. Dans les points où elles sont plus clairsemées, on voit qu'elles reposent sur un canevas formé par un réticulum finement fibrillaire. Dans la profondeur, les cavités glandulaires pénètrent entre les éléments musculaires.

« Toute l'étendue de la muqueuse contient un très petit nombre de vaisseaux. Aucun d'eux n'est ni distendu ni thrombosé.

« L'épithélium cylindrique qui recouvre normalement la muqueuse ne se rencontre plus que par places. Aux points où il est conservé, il a son aspect habituel : il a perdu ses cils vibratiles. Aux points où il a disparu, la muqueuse devient irrégulière, la coupe semble effritée à sa surface, sans qu'il y ait de végétations à proprement parler. D'ailleurs, à ce niveau, elle présente des glandes et du tissu glandulaire ayant conservé l'aspect normal.

« Jamais de symptômes de métrite.

« En résumé, les lésions se ramènent ici à une hyperplasie simple de la muqueuse. Pas *d'éléments inflammatoires*, pas d'infiltration embryonnaire périglandulaire, pas de néoformation de vaisseaux, ni de dilatation. »

II[e] Observation. (*Forme atrophique.*)

« Mme B...d. *Corps fibreux de gros volume, à sinus extrêmement dilatés.*

« Le développement de la tumeur s'est fait en dehors de la matrice. Cavité utérine de 7 à 8 cm.

« La muqueuse du fond de l'utérus ne paraît pas épaissie (2 à 3 mm.). La surface est parfaitement lisse ; la cavité utérine est très agrandie ; les orifices tubaires ne sont pas dilatés.

Examen histologique de la muqueuse. « La muqueuse a conservé absolument intact son revêtement de cellules cylindriques, qui ont perdu leurs cils vibratiles, fait habituel lorsque la pièce n'a pas été immédiatement placée dans le liquide fixateur. Son épaisseur est normale, sa surface plane, non végétante.

Les glandes ont exactement l'aspect qu'elles présentent à l'état normal. Elles ne paraissent pas augmentées de nombre, et leur épithélium est parfaitement régulier. Le tissu interglandulaire, dans la muqueuse normale, est composé de cellules ovoïdes ou rondes, sans prédominance de ces dernières, — reposant sur une trame fibrillaire. Immédiatement au-dessous de l'épithélium qui forme le revêtement, sur une hauteur d'environ 1/4 de mm., la muqueuse prend un aspect assez particulier : les éléments glandulaires font à peu près défaut, et on ne trouve que du tissu interglandulaire normal à cellules ovoïdes ou rondes. *Cette disposition n'est que l'exagération de ce qui existe normalement, sans qu'il y ait trace d'inflammation : ni prolifération embryonnaire, ni bourgeonnement.*

« Les vaisseaux, très apparents en plusieurs points de la muqueuse et jusqu'au niveau de la surface, sont dilatés et gorgés de globules sanguins réguliers. Ils participent évidemment à la congestion de tout le parenchyme utérin et de la tumeur.

« En résumé, à part la congestion, l'atrophie des parenchymes sécréteurs, et un certain degré d'hyperplasie de la couche au-dessous de l'épithélium de revêtement, la muqueuse est absolument normale. »

Notre conclusion sera donc, que, même anatomiquement, la preuve peut être donnée de la nature non inflammatoire de ces processus. Tout peut se limiter à une hyperplasie simple et lorsque les lésions atrophiantes de l'endométrite interstitielle se rencontrent, il y a toujours possibilité de savoir si les lésions sont consécutives à un processus inflammatoire véritable, et, comme le laisse entrevoir Semb, à une évolution du processus hyperplasique primitif. Heitzmann (1), a déjà fait ressortir l'importance que prend ici, pour le diagnostic des lésions inflammatoires et des formes purement contingentes à la néoplasie, la présence, dans le premier cas, de cellules lymphatiques dans le tissu interstitiel, qui sépare les glandes, coexistant avec l'épithélium de celles-ci.

Il faut ajouter aux cellules embryonnaires un autre signe commun à tous les tissus enflammés, j'entends la présence de

(1) Heitzmann. *American journal of Obstetrics*, sept. 1887, p. 897.

capillaires de nouvelle formation, les dilatations vasculaires, les thromboses veineuses.

Quand aucun de ces signes n'existera, on sera en droit d'affirmer évidemment qu'il ne saurait s'agir là de *métrite* au sens vrai du mot. Nous sommes donc bien dans le cadre des *troubles non inflammatoires de l'utérus*, en y faisant rentrer ces cas, et c'est à l'hyperplasie simple, à l'engorgement utérin que tous les signes cliniques observés à ce moment doivent être rattachés.

N. B. A côté de la démonstration anatomique vient se placer cette notion dominante : c'est que dans l'évolution du néoplasme, jamais les *symptômes de l'inflammation* n'ont fait leur apparition et attiré l'attention.

Il nous reste à dire un mot des lésions et des troubles provoqués dans la partie saine de l'utérus, par le développement du *cancer* dans une autre portion de l'organe. Sur ce point, nos connaissances sont encore peu précises.

Abel (1) et plus tard Eckart (2) ont décrit les lésions observées dans la muqueuse du corps de l'utérus, au cours de l'invasion du col par le carcinome. Abel a décrit, dans 7 cas d'utérus enlevés par Landau, une dégénérescence sarcomateuse du corps, le col étant envahi par l'épithélioma. Mais Eckart, sur 10 utérus semblables enlevés par Kaltenbach, n'a pu constater qu'une simple hyperplasie de la muqueuse du corps, affectant d'une façon prépondérante les glandes de cette muqueuse : ces lésions suffisent à expliquer les hémorrhagies dont le corps utérin était alors le siège, mais comme les précédentes, elles n'attestent pas l'identité du processus avec celui de la métrite vraie, et tout se résume ici encore à l'hyperplasie.

Symptômes relatifs aux altérations de la muqueuse.

Les symptômes observés du côté de l'utérus, lorsqu'il existe un fibrome dans sa masse, relèvent pour la plupart de l'histoire du

(1) Abel. *Archiv. für Gynaekologie*, t. XXX, Heft 2.

(2) Eckart. Zweites Kongress der deutschen Gesellschaft für Gynaekologie in Halle, 1889. (In *Centralblatt f. Gynaek.*, XII, n° 26, p. 426.)

fibrome lui-même. Nous ne retiendrons ici que ceux qui sont en relation spécialement avec les troubles de la muqueuse et parmi lesquels deux surtout doivent attirer notre attention, l'*hémorrhagie* et l'*hydrorrhée*. L'augmentation et l'altération des sécrétions du col ne présentent ici rien de spécial ; elles sont ce que nous les connaissons dans l'engorgement utérin en général.

A. Hémorrhagies.

Les caractères cliniques de ces hémorrhagies, leur abondance, leur apparition d'abord sous forme de ménorrhagies, ou parfois sous forme de règles intercalaires, puis leur caractère de continuité ou d'intermittence, leur alternance avec la leucorrhée, dans certains cas, sont choses connues et décrites partout. On sait également que si, par leur répétition, elles peuvent amener l'épuisement de la malade et la mort par cachexie, elles sont rarement mortelles par elles-mêmes et le cas rapporté par Mattews Duncan peut être considéré comme exceptionnel.

Le côté intéressant de leur histoire réside dans l'explication de leur mécanisme et surtout, bien entendu, dans leur traitement.

La raison de ces hémorrhagies est dans la muqueuse. Nous ne croyons pas devoir admettre l'opinion récemment avancée par M. Nitot, que le tissu fibreux serait hémorrhagipare de lui-même, sur ce seul fait que l'auteur a cru distinguer de petits orifices vasculaires béants à la surface de la cavité utérine et qu'il a trouvé la muqueuse saine.

Ce qui est nettement établi, c'est que ces hémorrhagies sont d'autant plus fréquentes que le fibrome est plus rapproché de la muqueuse, et qu'elles sont bien dues à la fausse métrite, hyperplasique ou atrophique, que l'on observe dans ces cas. Leur mécanisme intime n'est pas encore éclairci dans tous ses détails.

Wyder attribue un grand rôle au développement vasculaire anormal qui accompagne l'endométrite interstitielle, à la réplétion veineuse, à la gêne de la circulation en retour.

Pour Semb également, il existe un développement vasculaire anormal en rapport avec l'hypertrophie des éléments du muscle.

Une autre explication se présente aussi à l'esprit et se vérifie souvent quand il s'agit de fibromes du corps, avec un col très

allongé et très fléchi. Il se produit des phénomènes d'obstruction qui permettent au sang de s'accumuler et, en gênant l'exhalation sanguine normale, créent un état de tension excessive dans les capillaires de la muqueuse. Nous pensons, quant à nous, que cet excès de tension peut contribuer à augmenter l'hémorrhagie, aidé en cela par l'amincissement du plan supérieur de la muqueuse hyperplasiée.

Après tout, le type des hémorrhagies utérines est celui que nous fournit la menstruation à l'état normal, et si l'on veut bien se reporter à l'explication que nous avons cherché à donner de cet acte physiologique, on verra qu'une partie des considérations que nous avons mises en avant peut trouver sa place ici. L'hyperplasie de la muqueuse paraît être, ici comme là, un phénomène d'ordre réflexe, et le corps étranger, inclus dans l'épaisseur du muscle, semble agir comme le fait un sac de grossesse extra-utérine : or nous avons déjà signalé que l'état de la muqueuse, dans les deux cas, n'est pas sans présenter des analogies frappantes. Mais cette hyperplasie se présente avec des caractères spéciaux de durée, et l'irritation de l'utérus causée par le parasite, en quelque sorte, qu'il renferme, est beaucoup plus accusée que dans la grossesse extra-utérine : les contractions du muscle sont au moins aussi énergiques que pendant la congestion menstruelle normale : la persistance de la cause, qui ne laisse pas à la muqueuse le repos nécessaire à la réparation de ses voies d'effraction, le développement vasculaire exagéré qui accompagne la croissance de la néoplasie, sont autant de raisons qui peuvent entrer en ligne de compte pour la prolongation de ces hémorrhagies une fois instituées.

Mais ce n'est là qu'une hypothèse et nous ne saurions admettre comme démontré actuellement que l'hémorrhagie des fibromes soit en réalité une menstruation continue. A ce point de vue, nous avouons ne pas comprendre l'explication proposée par Danion (1), qui formule la même idée, non plus à l'état d'hypothèse, mais comme l'expression de la réalité, en rattachant ces hémorrhagies à l'*excitation ovarienne*.

Pour lui « les métrorrhagies du fibrome sont dues à un dérè-

(1) L. Danion, *Soc. méd. du XI^e^ arrondissement*, 12 janvier 1893.

glement de la fonction ovarienne qui préside au rythme, à la durée et à l'abondance de l'hémorrhagie physiologique utérine. Ce dérèglement est produit par la présence irritative des fibromyomes, lesquels détruisent l'harmonie fonctionnelle qui place sous l'étroite dépendance les uns des autres, les organes de la génération. »

Autant que nous pouvons saisir la pensée de l'auteur, il s'agirait d'une première irritation réflexe allant du fibrome à l'ovaire, puis de celui-ci à la muqueuse utérine. L'auteur cite, à l'appui de sa théorie, les succès que donne l'opération de Battey contre les hémorrhagies des fibromes.

Que l'ovaire soit en cause dans certaines hémorrhagies utérines sans lésion (comme il arrive dans la menstruation), c'est un fait incontestable, quoiqu'encore mal expliqué ; que l'on parte de là pour attribuer au même ovaire, à l'exagération du même processus, l'exagération de l'hémorrhagie normale, en supposant que la présence du fibrome est le point de départ de cette déviation du fonctionnement de l'ovaire, c'est déjà là une pure vue de l'esprit, sans preuves. La suppression de l'ovaire supprimant l'hémorrhagie n'est même pas un argument, car l'hémorrhagie ne s'arrête pas infailliblement, ce qui devrait être en ce cas. D'ailleurs, dans les fibromes, la castration, si elle compte de beaux succès dans certains cas, est reconnue aujourd'hui comme une méthode assez infidèle quand il s'agit de grosses tumeurs. Mais le plus grave, c'est que cette théorie ne tient aucun compte de l'état de l'endométrium et de ses lésions très réelles, qu'elles soient d'origine inflammatoire ou non. La métrite interstitielle suffit à provoquer, sans fibrome ni troubles ovariens, des hémorrhagies dont le mécanisme est connu et se rattache simplement à la rupture de tissus très vasculaires, très friables, par congestion intense et gêne de la circulation en retour. En résumé, l'action de l'ovaire, déjà mal connue dans la menstruation, ne saurait apporter ici un éclaircissement à la genèse d'un phénomène que nous voyons se produire aussi bien dans l'endométrite pure, fongueuse, en dehors de toute action ovarienne démontrée, ou même dans le simple engorgement utérin, tel qu'on l'observe avec la subinvolution.

B. *Hydrorrhée.*

Le mécanisme de l'hydrorrhée, que l'on observe soit avec les fibromes plus ou moins profondément enclavés dans la couche musculaire, soit avec les fibromes sous-séreux, est encore moins établi que celui de l'hémorrhagie.

Les classiques la mentionnent, mais s'en tiennent à ses caractères de durée, d'abondance, d'aspect physique, et les travaux encyclopédiques les plus récents sont muets sur l'interprétation de son origine (1).

Trélat, dans une leçon sur les myomes hydrorrhéiques (2), dit simplement que la muqueuse, après avoir donné lieu à des écoulement de sang, *produit*, quand elle est devenue lisse et unie, un liquide qui s'échappe de temps à autre, suivant le moment et l'abondance de la sécrétion, suivant aussi qu'un polype oblitère ou non l'orifice du col.

Pour Berthaut (3), la muqueuse amincie, lisse et unie, fournit le liquide séreux ou sanguinolent qui s'écoule au dehors. L'écoulement de ce liquide n'est pas permanent : il n'a lieu que d'une manière irrégulièrement intermittente. Le liquide sécrété par la muqueuse s'accumule dans la cavité utérine : à un moment donné, il s'écoule, — soit que l'utérus distendu se contracte et réussisse à faire passer le liquide par l'orifice étroit du col, — soit que cette pression, exercée sur le liquide par la contraction utérine, redresse le canal cervical tordu ou fléchi, — soit enfin qu'un polype, obstruant l'orifice du col et formant soupape, subisse un déplacement suffisant.

Dans une note récente, M. Pépin (4) a rappelé les travaux susindiqués, et apporté deux observations personnelles d'hydrorrhée

(1) A. Martin. *Traité des maladies des Femmes*, 1889, tr. fr. p. 319. — S. Pozzi. *Traité de gynécologie*, 2e éd., p. 250. — Bouilly. *Encyc. intern. de Chirurgie.*

(2) Trélat. *Clinique chirurgicale*, t. II, p. 716.

(3) Berthaut. Etude sur le fibromyome hydrorrhéique. *Médecine moderne*, 30 avril et 7 mai 1891.

(4) E. Pépin. Etude sur la pathogénie de l'hydrorrhée des fibromyomes utérins. *Soc. de méd. et de Chir. de Bordeaux*, 9 déc. 1892. In *Journ. de méd. de Bordeaux*, 5 février 1893, p. 59.

dans les fibromes, dont l'une se rattache à une hydrorrhée salpingitique communiquant à plein canal dans un utérus fibromateux. Ses conclusions sont que l'hydrorrhée des fibromes n'a pas toujours la même pathogénie, qu'elle peut prendre sa cause, soit dans la paroi utérine (glandes de la muqueuse et capillaires sanguins), soit dans le fibrome lui-même : *a*) Kystes s'ouvrant dans la cavité utérine, en cas de cystofibrome ; *b*) dégénérescence cancéreuse, comme dans l'observation publiée par Coutzarida (1), soit enfin dans un hydrosalpinx communiquant par un *ostium uterinum* perméable avec l'utérus et s'y vidant d'une façon intermittente.

L'exsudation de la sécrétion muqueuse, qui nous intéresse seule, au point de vue de la fausse métrite, peut être expliquée par une hypersécrétion des glandes de la muqueuse utérine, comme le veulent Trélat et Berthaut, ou par l'issue d'une sérosité à travers les capillaires congestionnés, puis altérés par la présence de la tumeur (Pépin).

L'auteur examine ensuite une dernière hypothèse, plus admissible, selon nous, et qui se rapproche d'une idée déjà proposée de divers côtés, pour rendre compte de l'hydrorrhée de l'utérus gravide. « On sait, dit M. Pépin, que les lacunes lymphatiques, étalées à la surface utérine, lacunes que Doléris a le premier décrites, se développent non seulement dans la grossesse, mais aussi dans certains états pathologiques tels que les corps fibreux. Aussi doit-on se demander si l'écoulement hydrorrhéique des fibromes n'est pas une transsudation de cette lymphe. »

Cette idée n'a rien d'inadmissible. L'objection formulée contre cette transsudation de lymphe, par Mlle Coutzarida, à savoir que la lymphe se coagulerait, nous paraît peu juste : quant à l'idée émise par cet auteur, que l'hydrorrhée au cours des fibromes attesterait la transformation du néoplasme en cancer, elle nous paraît reposer sur l'observation de cas exceptionnels.

En somme, il y a un fait clinique essentiel dont aucun des travaux précités ne paraît avoir suffisamment tenu compte. C'est que l'hydrorrhée n'apparaît jamais dans les petits fibromes, ni dans les fibromes sous-séreux. Elle appartient surtout aux gros

(1) Coutzarida. Hydrorrhée dans le cancer du corps utérin. Th. de Paris, 1884.

et moyens fibromes, interstitiels ou sous-muqueux, surtout à ceux qui tendent à la pédiculisation. Nous ne saurions donc la considérer comme un phénomène purement accidentel, ni d'autre part comme la preuve constante d'une dégénérescence épithéliomateuse ou sarcomateuse de la muqueuse utérine. Elle représente pour nous un phénomène de même ordre que l'hémorrhagie, avec cette particularité qu'elle n'apparaît guère qu'après des périodes troublées par des pertes de sang très abondantes, chez des femmes extrêmement anémiées, incapables de réparer à bref délai leur déficit en hématies.

Autre considération. Il est à remarquer que l'hydrorrhée, dans les myomes, se présente plus souvent chez des femmes nerveuses, c'est-à-dire offrant des alternatives singulières de laxité et de contraction de la musculature utérine et de la tumeur elle-même. C'est dans ces conditions, au moins dans ce qu'il nous a été donné d'observer, que se produit une dilatation exagérée des lacunes lymphatiques, avec tendance à la formation des géodes.

Cette ectasie des lacunes lymphatiques, véritable infiltration séreuse, interstitielle du myome, suffirait à elle seule, pour expliquer l'hydrorrhée.

Enfin, si l'on se rapporte à ce fait clinique, qu'à la suite de pertes abondantes et répétées, la tumeur, d'ordinaire, semble cesser de s'accroître, diminue même de volume, et que, par cela même, les hémorrhagies disparaissent pour un temps, grâce à l'atonie musculaire, on comprendra d'autant mieux que chez une femme ayant une plasticité sanguine diminuée, cette atonie venant à être remplacée par de fréquentes contractions utérines, il se fasse une exsudation séreuse, que l'on pourrait, dans une certaine mesure, comparer à une sorte d'*hémorrhagie de plasma*.

Or, je suis convaincu, par l'observation répétée, que les femmes nerveuses, excitables, timorées, sont celles chez lesquelles l'hémorrhagie utérine s'aggrave et aboutit à l'hydrorrhée. La preuve de ce que nous avançons, à savoir la commune origine de l'écoulement sanguin et des pertes séreuses, c'est que, quel que soit l'état de la muqueuse, lorsque la castration a pu supprimer la fonction menstruelle, tout écoulement cesse, sang ou sérum. Donc l'un était là pour suppléer l'autre.

Ajoutons qu'il est même possible qu'il se fasse des thromboses

veineuses, favorisant l'œdème de l'utérus fibromateux et la réplétion de l'organe infiltré à la période menstruelle, toujours signalée par des contractions actives.

Quant au rôle exact de la muqueuse dans ce cas, bien qu'il soit vraisemblable de supposer une transsudation au travers des capillaires d'une muqueuse ordinairement infiltrée et hyperplasiée nous ne pouvons rien affirmer de positif à cet égard.

Je me souviens d'avoir pratiqué un curettage chez une femme atteinte d'un myome avec pertes séreuses abondantes, et d'avoir trouvé une muqueuse médiocrement épaissie.

Traitement.

Tout traitement, pour être topique, devant d'abord chercher à viser la cause, il est évident que le remède le plus sûr ici, contre les troubles symptomatiques des altérations du muscle et de la muqueuse dans les myomes, est de traiter la fibromatose, c'est-à-dire, selon nous, de pratiquer l'ablation des corps fibreux.

Si, pour une raison quelconque, cette ablation n'est pas praticable, ou est repoussée par la malade, il importe d'instituer un traitement palliatif du symptôme le plus grave, puisqu'à lui seul il peut amener la mort par cachexie : *l'hémorrhagie* ou les *pertes séreuses*.

1° En procédant toujours du plus efficace au moins sûr, la *castration* vient ici en tête de tous les moyens proposés. Son action est quelquefois radicale. Il y a des exceptions, et j'ai vu, dans plusieurs cas, les hémorrhagies se reproduire, même après ablation des deux ovaires, et nécessiter encore l'emploi de la curette.

2° Mais la castration peut se trouver repoussée pour les mêmes raisons qui auront rendu impraticable l'ablation du corps fibreux. En pareil cas, le traitement le plus sûr consiste dans l'ablation de la muqueuse par le *curettage* suivi de l'écouvillonnage. Nous n'avons pas à revenir ici sur un procédé que nous avons conseillé dès longtemps et dont les plus attardés détracteurs reconnaissent au moins l'efficacité contre le symptôme hémorrhagie.

C'est donc un résultat unanimement accepté à l'heure actuelle et sur lequel nous n'insisterons pas (1).

Ce curettage devra être soigneusement fait, et la muqueuse enlevée dans sa totalité ; les cornes *utérines* seront explorées avec une attention particulière. L'écouvillonnage à la glycérine créosotée, selon la méthode que j'ai inaugurée, me paraît suffisant comme complément de l'action de la curette. Je n'ai jamais recours aux injections de teinture d'iode ou de perchlorure de fer, dont les dangers sont déjà possibles dans le cas de métrite simple. Ces dangers ne sauraient que s'aggraver par le fait du riche développement vasculaire qui accompagne la tumeur, et la phlébite, la thrombose avec embolie consécutive, trouvent là des circonstances particulièrement favorables à leur apparition.

Je repousse complètement l'emploi des caustiques intra-utérins, chlorure de zinc ou acide phénique iodé, de même que l'emploi du fer rouge, même simplement appliqué sur le col. J'ai depuis longtemps établi que la chute de l'eschare laisse derrière elle une plaie déchiquetée presque inévitablement infectée à la suite, sans parler des dangers d'atrésie et de rétractions cicatricielles auxquels cette méthode expose et qui sont reconnus aujourd'hui par tous les gynécologues.

L'emploi de la faradisation, des courants continus à renversement comme le conseille Danion, ou l'électrisation, à travers le tampon vaginal humide du même auteur, l'électrolyse galvanocaustique comme la pratique Apostoli, sont des procédés infidèles, toujours inférieurs au curettage et apportant toujours, à moins de précautions extrêmement minutieuses, des risques de septicité.

Néanmoins, il faut leur reconnaître une influence favorable sur la vascularisation de l'appareil utérin, et par contre-coup sur la muqueuse hypérémiée. En réveillant la contractilité de la tunique des vaisseaux, comme celle du muscle utérin lui-même, l'*électricité* diminue l'engorgement passif, cause première de l'hémorrhagie, et à ce point de vue, on ne peut nier qu'elle rende des services. Mais elle demeure passible des mêmes reproches fondamentaux que tous les traitements palliatifs, et tant que le

(1) Voy. Batuaud. *Thèse de Paris*, 1892.

fibrome sera présent, elle sera impuissante à enrayer un phénomène dont la cause efficiente reste toujours présente et agissante.

Le curettage, il faut bien le dire, ne doit nullement être considéré comme infaillible, bien qu'il soit le moins mauvais des moyens à employer.

Il y a deux remarques importantes à faire à son sujet :

1° Le curettage peut échouer et l'hémorrhagie reparaître au bout de quelques semaines, de quelques jours même.

2° Le curettage doit être répété plusieurs fois pour donner le maximum de ses bons effets.

Il est de toute évidence, en effet, que les mêmes causes qui ont amené l'hyperplasie de la muqueuse feront que la membrane nouvelle, née après le curettage, sera encore une muqueuse hyperplasiée et saignante. Les choses ne se passent plus ici comme dans l'endométrite où la curette permet d'atteindre jusque dans les profondeurs des glandes, la lésion, cause véritable de la perpétuation des accidents. Si ce curettage est insuffisant, si des germes infectieux existent et ont été oubliés dans le raclage, la nouvelle muqueuse sera encore une muqueuse enflammée et la lésion récidivera. De même, si l'on se borne au curettage du corps de l'utérus, lorsqu'il existe des lésions profondes du col que l'abrasion totale des parties malades peut seule faire disparaître, c'est la récidive à bref délai.

Dans la myomatose, en réalité, tant que le corps fibreux est laissé en place, la réfection d'une muqueuse semblable à la première est inévitable.

Toutefois, les intervalles de répit et de bonne santé générale que donne la disparition momentanée des hémorrhagies à la suite du curettage, peuvent, s'ils sont d'une durée suffisante, permettre à la constitution du sujet de se relever, et si la ménopause n'est pas trop éloignée, on pourra conserver l'espoir de gagner ainsi, en répétant une opération palliative, bénigne en elle-même, l'époque où la malade a des chances de voir le corps fibreux enrayé dans sa marche, et tout rentrer dans l'ordre, comme on l'observe pour certains fibromes nullement traités.

Inutile donc de discuter ici l'assertion de M. Nitot qui juge le curettage inutile dans les hémorrhagies des myomes, parce qu'il

a ramené avec la curette des muqueuses saines et qu'il place dans le fibrome lui-même la source de l'hémorrhagie : la muqueuse saine ou hyperplasiée, est très capable de provoquer les hémorrhagies, dans ces cas, et l'événement est là pour justifier cliniquement l'emploi de la curette.

Une précaution très importante devra d'ailleurs être prise pour remédier à une des causes signalées plus haut de la persistance des hémorrhagies : elle consiste à faire disparaître tous les obstacles qui peuvent gêner l'écoulement du sang et risquer d'amener sa rétention dans la cavité utérine, avec tous les troubles d'hypérémie, de contracture musculaire qu'elle entraîne. Pour cela on traitera les flexions et les déplacements de l'organe, on enlèvera les polypes, s'il en existe : on pratiquera enfin la discision bilatérale du col, avec attouchement au thermo-cautère des surfaces de sections.

Ces procédés anodins m'ont donné souvent d'excellents résultats.

3° Le traitement *médical*, le seul auquel se résignent certaines malades, est de beaucoup le moins efficace ; néanmoins il en a été trop parlé pour que nous puissions le passer absolument sous silence.

Il se résume à l'emploi des hémostatiques utérins à l'intérieur, et de l'eau chaude en injections vaginales. Ce dernier procédé n'est évidemment qu'un palliatif momentané et souvent impuissant.

Quant aux agents médicamenteux, *ergot de seigle* ou *hydrastis canadensis*, ils ont, surtout à l'étranger, des partisans convaincus. L'ergotine employée en injections hypodermiques journalières, par la méthode d'Hildebrandt (1), a été conseillée pour entraver le développement du néoplasme lui-même, en supposant, à la suite de son emploi, une ischémie des tissus du myome pouvant entraver l'activité de sa nutrition. Elle peut rendre des services au début des hémorrhagies, mais bientôt son action s'épuise et quand les lésions de la muqueuse sont constituées, elle est généralement inefficace.

L'*hydrastis canadensis*, introduit par Freund en Europe, arrête

(1) Hildebrandt. *Berl. klin. Wochensch.*, 1872, n° 25. *Beitrage zur Geburts hülfe der Berl. Gesells, f. Geburtshülfe*, III, 25.

souvent les hémorrhagies, employé à la dose de 20 gouttes d'extrait, à prendre 3 ou 4 fois par jour : il agit sur les éléments contractiles de la tunique des vaisseaux plutôt que sur le muscle utérin lui-même. Mais son action s'épuise encore plus rapidement que celle de l'ergot de seigle et au bout de quelques récidives, il ne faut plus compter sur lui.

Un traitement palliatif que je ne puis passer sous silence consiste dans l'emploi d'injections intra-utérines d'une solution d'antipyrine au 1/5. L'arrêt de l'hémorragie est généralement immédiat, mais l'action préventive est nulle. Administrée à l'intérieur dans le même but, même en lavement, comme l'a conseillé Chouppe, elle est absolument inefficace.

Malgré cette insuffisance, je ne suis nullement porté à rejeter le traitement médical de l'hémorrhagie dans les fibromes. Je dirai ici ce que j'ai dit du curettage. Cet arrêt momentané de l'hémorrhagie donne à la femme le temps de réparer son état général, et de se refaire du sang, si je puis ainsi dire : il est incontestable que la cachexie causée par les hémorrhagies répétées, prépare de nouvelles hémorrhagies plus graves, où intervient la qualité du sang, son défaut de plasticité et une sorte d'hémophilie relative. Après les fortes métrorrhagies, bien des femmes, surtout les nerveuses, je l'ai déjà fait remarquer, ont des pertes séro-sanguinolentes ou même de véritables hydrorrhées de lymphe ou de plasma, où l'altération du sang joue un rôle certain.

Le relèvement général obtenu par la diminution ou l'arrêt passager des pertes, aidé par l'emploi des moyens hygiéniques connus et sur lesquels je ne veux pas insister une fois de plus, séjour à la campagne, exercice bien réglé, hydrothérapie, devient ici un agent thérapeutique de premier ordre, auquel il ne faudra jamais négliger d'avoir recours contre les troubles que nous venons de décrire.

TROUBLES NON INFLAMMATOIRES DE L'UTÉRUS DANS LES AFFECTIONS ANNEXIELLES

MÉTRORRHAGIES RÉFLEXES

La question des troubles qui peuvent apparaître dans l'appareil utérin lorsqu'il existe des lésions des annexes, inflammatoires ou non, est encore peu connue. Beaucoup d'auteurs ne se la sont même pas posée et les traités encyclopédiques classiques sont généralement muets sur ce sujet. Segond (1), Lucas-Championnière (2), Pozzi (3), Terrillon (4) ont noté les symptômes utérins coïncidant avec une inflammation chronique des annexes : Lucas-Championnière en particulier pour constater que les troubles menstruels étaient généralement nuls ; Pozzi, pour noter l'alternance de l'aménorrhée et des métrorrhagies ; Terrillon pour insister sur les hémorrhagies rebelles. Mais, dans les cas visés par ces auteurs, il existait une métrite concomitante, et la question traitée par eux était en réalité celle de la physionomie spéciale que donne à l'endométrite préalable, par une sorte de phénomène de retour, les lésions annexielles constituées secondairement.

Ce n'est pas là ce qui nous doit occuper ici.

Dans un certain nombre de cas, l'endométrium est sain et les annexes sont atteintes primitivement. (Néoplasies de l'ovaire, apoplexies et hémorrhagies salpingo-ovariennes, kystes du ligament large, etc.) Or, consécutivement à ces lésions annexielles, on voit apparaître des troubles sécrétoires de l'utérus, du catarrhe, des douleurs utérines manifestes, de la dysménorrhée, de l'aménorrhée même, — mais plus souvent que tout le reste, des

(1) Segond. *Traité de Chirurgie*, t. VIII.
(2) Lucas-Championnière. *Bull. de la Soc. de Chirurgie*, 1888.
(3) S. Pozzi. *Traité de Gynécologie*, p. 634 et 656.
(4) Terrillon. *Salpingites*, p. 49.

hémorrhagies, parfois très abondantes, très rebelles en général, débutant avec une soudaineté caractéristique.

Or, il ne s'agit manifestement pas ici de métrite : non seulement, l'étiologie le démontre : mais l'examen de la muqueuse, quand il a pu être fait, a montré, comme dans la fausse métrite des myômes, ou une simple hyperplasie de cette muqueuse, ou des lésions plus avancées dans lesquelles n'existait aucun élément inflammatoire.

C'est de ces troubles *secondaires*, non inflammatoires, que nous allons nous occuper ici.

Comme nous le disions en commençant, la littérature est très pauvre en renseignements sur les cas de ce genre.

Czempin (1), qui a publié le seul travail d'ensemble que nous possédions sur cette question, constate qu'avant lui, elle ne paraît avoir préoccupé personne.

Cependant Brennecke (2) avait déjà signalé, parmi les causes pouvant provoquer les symptômes de l'endométrite fongueuse d'Olshausen, c'est-à-dire des hémorrhagies — les troubles des fonctions ovariennes. Il opposait aux hémorrhagies relevant d'une altération idiopathique primitive de la muqueuse utérine, celles dont le point de départ est dans la lésion ovarienne et pour lesquelles il créait à côté de l'*Endometritis hyperplastica uterina* une *Endometritis hyperplastica ovarialis*. Ces troubles ovariens relevaient soit de perturbations prémonitoires de la ménopause, soit de véritables lésions du tissu de l'ovaire.

Pour Brennecke, l'hyperémie menstruelle due à l'influence ovarienne peut, quand il y a lésion de l'ovaire, s'exagérer et, par la répétition et la prolongation du processus, conduire à l'hyperplasie de la muqueuse et aux hémorrhagies profuses. Mais l'examen des observations qu'il cite prouve qu'il s'agit surtout de troubles menstruels, aux approches de la ménopause. Cette explication est intéressante pour les faits de ce genre, mais n'apporte pas grand

(1) A. Czempin. *Ueber die Beziehungen der Uterusschleimhaut und der Erkrankungen der Adnexa* ; *Zeitschrift für Geburtshülfe und Geburtskunde* 1886. Bd XIII, p. 339.

(2) Brennecke. Zur Ætiologie der Endometritis fungosa. *Arch. für Gynaek.* Bd. XX, p. 455, et Ein Beitrag zur Ætiologie der Endometritis fungosa. *Berlin. Klin. Wochenschrift* 1885, p. 691.

éclaircissement aux cas où ces troubles apparaissent chez des femmes jeunes, avec lésions ovariennes véritables, anatomiques en un mot.

Löhlein (1), à son tour, observa des faits de ce genre. Il n'est pas rare, dit-il, de voir l'irritation des ovaires provoquer les signes cliniques de l'*Endométrite hyperplasique*. Deux fois, dans des cas de petites tumeurs des ovaires, trois fois dans des salpingites de vieille date, il a vu les troubles de la muqueuse du corps utérin s'établir lentement ; et comme Brennecke, il arrive à cette conclusion, que : « les processus pathologiques des annexes, ont provoqué ici une hyperémie réflexe, avec hyperplasie consécutive de la muqueuse utérine. »

Czempin est plus catégorique. Il élimine soigneusement les cas où l'on peut supposer que l'inflammation ovarienne a suivi la voie habituelle des muqueuses utérine et tubaire, dans sa marche ascendante. Cette endométrite-là serait de l'endométrite *primitive*. Mais il existe d'autre part pour lui une endométrite *secondaire*, celle qui apparaît sous l'influence réflexe de lésions annexielles primitives : ces lésions sont néoplasiques ou inflammatoires, voire même *chirurgicales* : inflammations chroniques d'un ou des deux ovaires ou de l'ovaire et de la trompe à la fois, réveil ou exacerbation d'une paramétrite exsudative, irritation du péritoine pelvien par la cicatrice d'un pédicule après l'ovariotomie, sarcome ou carcinome de l'ovaire, kystes de l'ovaire ou du ligament large, pyo-salpinx, etc.

L'apparition de lésions inflammatoires dans les annexes, sans que l'endométrium ait été touché, s'explique pour lui par le transport des germes directement à l'ovaire ou à la trompe par les lymphatiques partant de la région du col de l'utérus. On sait que c'est la thèse soutenue par Dalché (2), puis par Prochownik (3), et plus récemment par Lucas-Championnière (4). Je me réserve d'y revenir tout spécialement, car c'est là une doctrine que j'accepte d'une façon complète.

(1) Lolhein. *Ueber einige Formen der Endometritis Corporis. Berl. Klin. Wochenschrift*, 1886, n° 23.

(2) Dalché. Th. de Paris, 1885.

(3) Prochownik. *Arch. f. Gynaek*, 1887. Bd. XXIX.

(4) Lucas-Championnière. *Bull. de la Soc. de Chirurgie*, déc. 1887.

Enfin, pour Czempin, l'infection peut être propagée par le sang ; tel est le cas du pyosalpinx tuberculeux, ou des lésions ovariennes ou tubaires que font éclore, exceptionnellement d'ailleurs, la variole ou la fièvre typhoïde.

Ces lésions si diverses agissent de la même manière sur l'utérus, c'est-à-dire par voie réflexe ; leur action est comparable, dit Czempin, à celle des myomes sous-séreux ou des sacs de grossesse extra-utérine. Dans tous ces cas, il y a altération de la muqueuse utérine et apparition de troubles, dont le plus caractéristique est *l'hémorrhagie*.

Celle-ci peut débuter insidieusement par un mélange de sang aux sécrétions utérines, puis par des règles abondantes, et aboutir finalement à d'abondantes métrorrhagies. D'autres fois, la métrorrhagie débute d'une façon brusque, presque foudroyante. Les pertes peuvent se produire sous l'influence de causes insignifiantes, plus souvent lorsqu'une poussée inflammatoire se développe dans de vieilles lésions annexielles.

L'auteur cite un certain nombre d'observations très probantes dont deux surtout provenant de la clinique de son maître Martin, et se rapportant à deux femmes qui, peu après avoir été ovariotomisées, virent, à la suite d'un peu d'empâtement de la région du pédicule, apparaître des hémorrhagies brusques, abondantes et très rebelles.

Les coupes pratiquées sur des fragments de muqueuse ramenés avec la curette, ont montré tantôt la forme glandulaire, tantôt la forme interstitielle de l'endométrite, parfois les deux types de lésions superposés sur la même coupe. C'est, comme nous le savons, ce que Wyder avait trouvé dans la muqueuse des myomes. L'auteur ne peut donner la raison de la production de tel type de lésion plutôt que d'un autre, car dans deux cas identiques de pyosalpinx, il a vu une fois la lésion typique de l'endométrite glandulaire simulant l'adénome ; — et dans l'autre, une forme typique d'endométrite interstitielle.

Quant au mécanisme, Czempin se contente d'invoquer une action réflexe amenant la turgescence de la muqueuse et, à la longue, une hyperplasie.

Le dernier travail en date paru sur cette question, celui de

Herzfeld (1) ne nous donne guère plus de renseignements. Outre qu'il ne fait pas la distinction des lésions primitives des annexes d'avec celles qui ne sont dues qu'à la propagation de l'infection utérine, il envisage surtout les troubles de menstruation qui relèvent des flexions et des autres viciations d'attitude de l'utérus, par suite du développement des néoplasies annexielles dans le petit bassin. Il reconnaît cependant qu'il y a des cas où il faut chercher la cause de l'hémorrhagie dans la muqueuse utérine elle-même. Le reste du travail est consacré au traitement du symptôme, qui consiste pour l'auteur, simplement dans la castration bilatérale ; l'ergot lui a paru impuissant et l'hydrastis canadensis infidèle ; l'hydrastinine est acceptée par lui comme palliatif.

Les faits très nets sur lesquels les divers auteurs ci-dessus cités se sont trouvés d'accord, ont été observés par tous les gynécologues un peu attentifs à l'observation des malades.

L'inconstance des manifestations pathologiques du côté de l'utérus, dans les cas de lésions salpingo-ovariques, a retenu sans doute ceux qui, en France, ont constaté les mêmes phénomènes, sans découvrir un lien nécessaire entre les deux sortes de lésions.

Entre les altérations dégénératives de l'ovaire et certaines modifications du col utérin, il est compréhensible que l'on accepte une parenté, les unes et les autres devant dépendre de l'état constitutionnel qui prédispose aux néoplasies. Dans la pratique, on rencontre fréquemment les dégénérescences micro-kystiques de l'ovaire, associées à la cervicite folliculaire kystique. Le même génie kystique dérivant de la sclérose, qui engendre la tumeur ovarienne peut affecter l'appareil glandulaire du col.

Il y a bien des années que j'ai fait ressortir cette coïncidence, et mon ancien assistant, le docteur Bonnet, a reproduit cette idée dans une monographie sur les kystes des glandes de Bartholin.

Que des troubles utérins d'une autre catégorie, comme les hémorragies liées à une hyperplasie de la muqueuse du corps, dépendent en outre de l'existence de tumeurs pelviennes inflammatoires ou autres qui réagiraient sur la matrice par un méca-

(1) Herzfeld. Communication au Collège des docteurs de Vienne. 11 mars 1892. (*Hémorrhagies dans les affections des annexes de l'utérus.*)

nisme réflexe, cela peut être vrai, mais l'hypothèse paraît plus aventurée.

Un néoplasme intraligamentaire, un kyste wolfien, par exemple, aussi bien d'ailleurs que telle ou telle autre tumeur de la trompe, de l'ovaire, du ligament rond, peuvent évoluer silencieusement et sans provoquer le moindre trouble menstruel, sans donner lieu à une métrorrhagie.

Je suis d'accord avec Bouilly quand il affirme que, dans l'immense majorité des cas, le développement et la présence d'un kyste simple de l'ovaire, et même des deux ovaires, n'influe en rien sur la menstruation et n'en provoque aucune modification.

Assimiler l'action de ces maladies à celles qu'exerce la présence d'un œuf ectopique, comme le fait Czempin, c'est assimiler un phénomène inconstant à un symptôme constant des grossesses extra-utérines, l'hémorrhagie ; c'est mettre sur le même plan un réflexe supposé avec un fait constaté depuis toujours et qui se trouve d'ailleurs justifié par la fluxion hypertrophique que subit la muqueuse utérine, chaque fois qu'une gestation s'établit en un point quelconque de l'appareil génital.

Il m'a paru nécessaire avant tout de mettre au point la valeur de la simple théorie des réflexes en l'envisageant parallèlement avec la théorie de l'influence constitutionnelle prédisposant aux néoplasies, et agissant sur des organes similaires.

*
* *

Il nous faut maintenant passer en revue deux autres hypothèses :

1° La corrélation, sous une seule et même cause, des crises hémorrhagiques dans la trompe, dans l'ovaire et dans la muqueuse utérine ;

2° Le mécanisme de la répercussion des affections inflammatoires aiguës ou chroniques des annexes sur l'appareil génital.

Une première question préjudicielle se pose :

N'y aurait-il qu'une simple coïncidence dans la lésion ovarique et la lésion utérine, entre l'ovaralgie et la métrorrhagie ? Dans cette hypothèse, il faut songer à la simultanéité de la cause

qui résiderait dans un trouble pathologique ou dans une altération similaire dans les deux organes.

Existe-t-il donc une cause capable d'engendrer d'une façon intermittente, parfois quasi-périodique, simultanément dans les divers organes de l'appareil génital, une fluxion susceptible d'aboutir à l'hémorrhagie ?

Assurément oui. Il suffit de se rappeler la structure même de ces organes toute faite de muscles et de vaisseaux, l'érectilité spéciale de l'appareil tout entier, pour admettre qu'un trouble nerveux affectant l'appareil vaso-moteur suffira à y créer des réflexes congestifs plus ou moins durables et intenses. L'hémorrhagie représentera pour l'utérus le degré ultime de ce processus.

Nous avons des exemples de ce phénomène dans le retour fréquent des règles disparues depuis plusieurs jours, ou leur apparition prématurée, ou leur durée anormale, tantôt sous l'influence d'une violente commotion morale, tantôt à la suite d'abus sexuels.

Ces faits sont assez connus pour qu'il ne soit pas nécessaire d'insister. Ils ne constituent toutefois qu'un accident habituellement passager, ou qui ne se renouvelle que dès le retour des mêmes circonstances étiologiques.

Tout autre est la cause qui pourrait être accusée d'altérer de façon semblable l'ovaire et l'utérus. Le développement d'une sclérose précoce dans ces deux organes suffirait à justifier la concordance des troubles, et l'hémorrhagie utérine abondante ou intempestive qui souvent accompagne la *ponte douloureuse* et difficile dans un ovaire frappé d'une dégénérescence fibreuse prématurée.

Bouilly a étudié cette question par certains côtés et apporté des preuves cliniques des métrorrhagies d'origine ovarienne. L'hémorrhagie utérine coïnciderait, d'après lui, avec un processus ovarique lent dont l'expression anatomique vulgaire serait la transformation polykystique, autrement dit avec une dégénérescence scléro-kystique de la couche corticale. Il tend à adopter pour cette altération une origine infectieuse ancienne, sans nier cependant que son étiologie est très obscure.

Il note aussi la tendance hypertrophique qu'accuse l'utérus, et ne laisse pas échapper le rapport anatomo-pathologique qui

paraît exister entre la transformation qu'il a notée dans le tissu utérin et les lésions angio-scléreuses mises en évidence d'autre part, et dans les mêmes conditions, par deux de nos anciens assistants, les Drs Petit et Pichevin. Et Bouilly ajoute avec raison que ces deux auteurs ont mentionné la sclérose ovarique coexistante sans tirer parti de cette coïncidence des lésions, pour motiver les altérations des tissus utérins et les hémorrhagies qui en sont la conséquence, par l'existence d'une altération primitive et protopathique de l'ovaire.

Or, et c'est là que j'en voulais venir, il paraît fort difficile de décider un point aussi délicat que celui du rang et de la subordination des lésions et des troubles de l'un et l'autre organe.

Depuis fort longtemps, j'ai cherché à pénétrer la vérité, dans ce problème difficile.

La question de l'indépendance possible de l'ovarite par rapport à la salpingite n'a jamais fait de doute pour moi, depuis que j'ai, comme bien des gynécologues, trouvé et enlevé des ovaires malades accompagnés de trompes parfaitement saines. L'interprétation du fait se pouvait tirer, pour la plupart de ces cas, de l'origine et de la marche du processus morbide qui avait cheminé par la voie parovarique à partir de l'utérus infecté ; et, il y a bientôt dix ans que j'ai insisté sur cela, notamment à propos du traitement conservateur dans l'annexite.

Mais ces faits mis de côté, dans lesquels les reliquats de l'infection se constatent avec une histoire précise, avec les circonstances de son début et de son évolution, il est une masse de cas dans lesquels la lésion ovarique a procédé en dehors de toute infection. L'ovarite n'est ici, à tout prendre, qu'un processus de sclérose avec dégénérescence kystique des follicules ovariens. J'ai souvent développé ce thème, surtout quand l'occasion me mettait en présence de cas observés sur des femmes jeunes, ou des jeunes filles, quelquefois des vierges, à hérédité suspecte, n'ayant jamais présenté les signes d'une affection aiguë de l'appareil génital.

Je ne puis aujourd'hui que confirmer cette opinion par l'expérience de nouveaux faits tout aussi concluants. Quand j'ai usé de ce vocable nouveau « la ponte douloureuse dans les ovaires scléro-kystiques », j'ai donné à ma pensée toute la netteté dési-

rable. L'étude anatomique de mon assistant P. Petit sur l'ovarite, ses recherches plus récentes sur les altérations vasculaires de l'appareil utéro-ovarien se confirment l'une par l'autre et concourent à la démonstration de l'existence d'un processus tantôt localisé, tantôt généralisé, qui réside tout entier dans l'hyperplasie conjonctive entourant les organes génitaux et se pouvant démontrer à son stade initial dans la tunique des vaisseaux artériels et veineux.

Parallèlement à la démonstration d'une dégénérescence fibreuse précoce anormale de l'ovaire, la preuve a été faite d'altérations semblables dans l'utérus, en l'absence de tout processus inflammatoire. Si obscur que soit le fait, on ne peut nier l'existence de ces utérus susceptibles d'une augmentation aussi rapide que singulière de leur volume, devenant turgides sous des influences mal définies et persistant dans cet état de turgescence auquel s'ajoute une sorte de ramollissement, pendant d'assez longues périodes au cours desquelles des métrorrhagies, des hémorrhagies abondantes s'établissent. De fibrome il ne saurait être question ici. C'est la trame utérine qui est atteinte dans son ensemble.

On a dû imaginer des mots pour étiqueter ce processus tout à fait différent de la myomatose.

On a supposé qu'il pouvait être tout à fait indépendant du système nerveux ; on a fait l'hypothèse contraire. On a même associé les deux causes, suivant chaque cas particulier.

Au demeurant, le fait existe et il en faut faire état dans la pratique.

Je dirai donc que les métrorrhagies, dans ces cas, sont liées à un processus scléreux dégénératif du muscle ou des vaisseaux, simultanés dans l'ovaire et l'utérus, et dans lequel le réflexe ovaro-utérin n'a rien à voir. Je réserverai que dans certains, la ponte douloureuse, liée à la déhiscence lente et pénible d'un ou de plusieurs follicules ovariens, crée, avec la douleur ovarique, la lésion initiale, point de départ du réflexe congestif qui retentit sur le muscle et la muqueuse de l'utérus ; et que ce réflexe provoque la métrorrhagie anormale comme durée et comme date, de la même façon que la ponte normale, régulière dans sa périodicité, provoque le molimen menstruel normal, périodique et régulier. Et

cette forme spéciale cadre bien avec l'étude qu'a faite Bouilly de cette catégorie de faits où le réflexe s'ajoute secondairement au processus anatomique de la sclérose.

A côté de ce groupe et tout à fait dans un cadre séparé apparaissent les troubles utérins entretenus par une lesion inflammatoire chronique des annexes, de l'ovaire ou de la trompe simultanément ou de l'un d'eux séparément.

Dans cette nouvelle catégorie de faits, l'évolution du processus infectieux, connu, constaté, indubitable, appelle naturellement la discussion sur le mécanisme de l'hémorrhagie utérine.

Plusieurs hypothèses se présentent : 1° ou bien les poisons septiques élaborés d'une façon continue dans les annexes, comme en vase clos, sont à certains moments résorbés par l'organisme et l'utérus traduit l'état toxique général, à sa façon coutumière, par une hémorrhagie insolite ;

2° ou bien le réflexe anormalement intense créé par des annexes malades au moment du molimen menstruel, exaspère le raptus congestif de l'utérus, d'abord pour augmenter l'hémorrhagie par hyperémie excessive de la muqueuse du corps, ensuite pour accroître le volume du col et créer mécaniquement et spasmodiquement une interruption au drainage naturel des sécrétions encore infectieuses de cet organe. Le reflux de celles-ci dans la cavité du corps prépare une réinfection de l'endomètre qui se traduit, au bout de dix ou quinze jours après les règles, par une nouvelle hémorrhagie ;

3° ou bien l'endométrite est réellement pénétrante et suffit à maintenir les accidents hémorrhagiques, répétés sans régularité aucune et sans qu'il soit besoin d'une impulsion partie des annexes, encore que celles-ci présentent, pour leur part, le stigmate morbide persistant d'une infection qui évolue.

Traitement.

On doit l'envisager en rapport avec la cause.

Dans les métrorrhagies qui dépendent d'un processus congestif généralisé aux organes du petit bassin, et provoqué par un état névropathique à paroxysmes menstruels, comme dans certaines

formes de neurasthénie, c'est le traitement de cette dernière affection qui s'impose.

Dans les hémorrhagies qui paraissent être sous la dépendance de l'évolution d'une tumeur néoplasique des annexes, l'indication s'adresse directement à cette dernière lésion et l'opération chirurgicale constitue l'unique traitement rationnel.

S'il s'agit d'une sclérose ovarique et utérine, au début de leur manifestation, le traitement hygiénique spécial des scléreux, l'administration de l'iode à l'intérieur, la balnéothérapie saline, doivent être tentés.

On les voit parfois être suivis de bons résultats.

En cas d'échec, et lorsque la lésion ovarique se traduit par une augmentation de volume de l'organe, des douleurs répétées, des crises menstruelles ou intermenstruelles accompagnées de symptômes péritonitiques dus sans doute à des hémorrhagies folliculaires au moment de la ponte, il est indiqué de traiter chirurgicalement l'ovaire malade, soit par des procédés conservateurs, soit par l'ablation.

Je ne comprends pas bien la nécessité de recourir à l'ablation d'emblée de l'utérus, en pareil cas, avant d'avoir pu apprécier l'état des annexes. Bien que quelques chirurgiens aient agi de la sorte et pratiqué l'hystérectomie sans autre motif que des métrorrhagies rebelles, je ne pense pas que ce soit une bonne pratique ; je préférerai toujours l'intervention sur les ovaires, quitte à exécuter la castration bilatérale si elle était reconnue indispensable, et je conserverai l'utérus, qui, en pareil cas, ne tarde pas à s'atrophier.

Enfin, lorsque les hémorrhagies intercalaires dérivent d'une salpingo-ovarite véritable, d'origine infectieuse, et qu'elles sont le résultat de retours d'endométrite dans lesquels le col utérin malade joue un rôle évident, on arrive, dans les cas légers, à la guérison, par la dilatation progressive de la matrice suivie du curettage et de l'ablation plastique du col.

Cette conduite a pour résultat de tarir l'infection dans l'utérus et de fournir aux lésions annexielles des conditions excellentes de guérison. Elle supprime l'action fâcheuse et réciproque qu'exercent l'un sur l'autre l'utérus et l'annexe malades.

AFFECTIONS GÉNITALES DE LA FEMME ET MALADIE DE BASEDOW

Le docteur Jouin a récemment publié un mémoire basé sur quarante-trois observations, relevées en sept ans, d'où il conclut que les femmes affectées de maladies génitales seraient assez souvent sujettes à la maladie de Basedow, ainsi qu'il ressort d'une statistique aussi considérable pour un si court espace de temps.

Tel est le premier point saillant de cette communication.

A la vérité, les malades dont il est question ne présentent point l'intégralité des symptômes propres au goître exophtalmique, mais reproduisent des variétés ou des formes incomplètes, frustes, de cette singulière maladie.

C'est là un second point.

La troisième conclusion qui découle du travail de M. Jouin intéresse plus directement les gynécologues, parce qu'elle semble affirmer la solidarité de la névrose de Basedow et des affections génitales, en ce qui concerne l'étiologie et le traitement. La guérison de celles-ci entraînerait fréquemment la disparition de la première.

Frappé de cette doctrine toute nouvelle qui ne concorde pas avec mon observation, bien que mon attention soit depuis longtemps éveillée sur les manifestations d'ordre nerveux que présentent les malades atteintes d'affections de l'utérus ou des annexes, je dois dire que, dans l'espace de dix années, je n'ai guère observé que deux cas qui me paraissent rentrer plus ou moins complètement dans le cadre de la maladie de Basedow ; ce qui me permet de dire, en ce qui me concerne, que la coïncidence signalée comme fréquente me paraît plutôt rare.

Il y avait donc intérêt à approfondir cette divergence d'opinions et à en chercher la raison.

La maladie de Basedow ou goître exophtalmique s'observe, M. Jouin l'a rappelé et il faut le reconnaître, fréquemment chez la femme, vers l'âge de vingt à quarante ans, c'est-à-dire dans la pé-

riode de l'activité génitale et dérive assez souvent d'une hérédité névropathique, encore que des causes occasionnelles, telles que le surmenage, les émotions, etc., puissent en être l'origine apparente.

Je passerai rapidement sur la pathogénie fort controversée de cette affection. La théorie de Stokes et de Graves, qui en font une simple affection cardiaque est abandonnée.

Celle de Marshall, Taylor et Piorry, qui la font résider en un trouble névro-vasculaire, dû à la compression des vaisseaux et des nerfs du cou par la tumeur thyroïdienne, paraît également insuffisante.

Avec Benedickt, Rosenthal, Friedreich et Eulenbourg, faut-il croire à une altération du grand sympathique ? Mais on a fait observer avec raison que la pupille est rarement altérée et que souvent le sympathique est indemne de toute lésion.

Charcot, Rendu l'assimilent à une névrose analogue à l'hystérie et à l'épilepsie, maladies avec lesquelles le goître exophtalmique est souvent associé. Cette névrose serait donc un trouble fonctionnel d'origine bulbaire.

D'autres sont allés jusqu'à l'attribuer à des lésions matérielles du bulbe, dilatations vasculaires, hémorrhagies, atrophie des cordons restiformes ; et certains expérimentateurs, Filehne et Durdufi, auraient reproduit les symptômes du goître exophthalmique par des lésions expérimentales du corps restiforme.

Renaut et Joffroy, après Möbius, font résider toute l'importance pathogénique de la maladie dans l'empoisonnement spécial du sang, dû à l'altération de la glande thyroïde. « La maladie de Basedow serait au corps thyroïde ce que l'albuminurie est au rein. » Johnston conclut dans le même sens, en invoquant l'hyperthyroïdation de l'organisme dans le goître exophthalmique, comme il accuse l'atrophie ou hypothyroïdation de produire le myxœdème par un effet inverse.

Si j'ai résumé ces opinions, c'est qu'il importait de faire ressortir l'importance attribuée *au goître* et aussi la tendance à invoquer l'existence d'une névrose liée à des *troubles matériels du bulbe*, seules théories capables d'expliquer le groupement des symptômes caractéristiques du mal.

De fait, les anatomistes ont fixé l'existence indiscutable de l'hy-

pertrophie thyroïdienne et parfois de lésions nerveuses et bulbaires.

Symptomatiquement, la maladie se présente avec un complexus très net. L'appellation de *goître exophthalmique* fixait déjà avec précision la dualité caractéristique de la maladie : *goitre* et *exophtalmie*, symptômes auxquels il faut ajouter la *tachycardie*, le *tremblement* très caractéristique et, d'après l'école de la Salpêtrière, la *diminution de la résistance électrique de la peau*. Ce dernier caractère est de première importance dans les formes frustes.

Je passe les signes accessoires du côté du système digestif, de la sensibilité, de la motilité, du psychique et de la peau. Toutefois, il est classique, je m'empresse de le signaler, que l'appareil génital est affecté parfois dans la maladie de Basedow et que les organes utérin et mammaire sont fréquemment troublés dans leurs fonctions, de manière assez irrégulière cependant et surtout assez différente suivant les cas.

Les chirurgiens et les accoucheurs ont révélé récemment des faits de nature à confirmer la réalité de ces troubles. C'est ainsi que Charcot et Souza-Leit ont interprété les faits, et, non pas à la manière de M. Gauthier de Charolles dont M. Jouin préfère l'opinion. Les cas de Bloch et de Piqué sont aussi interprétés par leurs auteurs dans un esprit contraire à cette doctrine.

D'après ce qui précède, il faut convenir que la conclusion à tirer diffère notablement de celle qui se déduit des faits relatés par notre collègue. Il est vrai qu'il s'est attaché à nous présenter ses malades comme affectées de formes frustes de la maladie de Basedow. Or, s'il est incontestable qu'il existe des formes frustes et que les neuropathologistes soient fondés à les mieux dépister de plus en plus, il faut reconnaître que l'opinion de ceux qui paraissent le plus enclins à confirmer des démonstrations de cette nature, ne s'accorde nullement, on va le voir, avec l'idée que la névropathie spéciale dépend des troubles génitaux.

Dans le groupement qu'il a adopté pour quarante-trois cas observés, M. Jouin nous présente d'abord les malades chez lesquelles l'affection génitale a déterminé la névrose.

Dans un second groupe il nous montre les femmes chez lesquelles la ménopause définitive l'a fait disparaître.

Quelles sont donc, dans ces observations, les affections génitales qui auraient provoqué l'apparition du goître exophthalmique et dont la guérison aurait entraîné celle de la névrose ? — Elles sont rangées dans le premier groupe et sont au nombre de dix-huit.

C'est sept fois la *métrite*, associée une fois à la rétroversion (observ. XV) et une fois à la salpingo-ovarite (observation VIII); = [1 fois la *salpingo-ovarite* (observ. XII) ; 3 fois un *polype* — 1 fois fibreux (observ. II), petit polype (observ. VI), polype (observ. X)].

1 fois, un fibrome utérin.

1 fois, déchirure du col, stérilité (observ. IX).

1 fois, la sténose utérine et endométrite (observ. XVII).

1 fois, le cancer utérin.

2 fois, un kyste de l'ovaire.

1 fois, la blennorrhagie.

Je ferai simplement trois remarques :

1° Ces observations de quatre à cinq lignes ne peuvent être sérieusement discutées ;

2° sauf les cas I et II, la filiation des maladies n'est pas indiquée ; on constate la coïncidence, mais non la succession chronologique.

L'auteur a donc négligé, ce qui eût été fort désirable, de fournir l'unique démonstration indispensable à sa conclusion étiologique.

3° Quatre femmes subissent un traitement général en même temps que local, trois meurent non guéries ; quatre sont amendées ; une cinquième reste nerveuse. Restent donc six cas *sur* 18 où la guérison est mentionnée comme nette.

Avec ces données, je ne puis consentir à admettre que la métrite, le cancer utérin, un polype vasculaire, un kyste ovarique causent la maladie de Basedow. Toute mon observation de dix années me prouve le contraire. Les cas relatés me paraissent être l'exception. Je ne comprends pas qu'un polype, une endométrite, une sténose du col dont les malades ignorent le plus souvent l'existence, tant cette dernière affection se manifeste peu, puissent engendrer un complexus aussi grave que le goître exophthalmique, si incomplet, si fruste qu'on veuille le considérer. Je ne comprends pas davantage que l'ablation de ce polype ou

l'application d'une laminaire guérissent une semblable névrose. Le raisonnement et l'observation sont contre cette idée. Et je ne puis accepter l'étiologie qu'on invoque, pas plus que je ne puis accorder l'efficacité qu'on suppose au traitement exclusif et rationnel d'ailleurs de l'affection génitale.

Qu'il y ait eu coïncidence dans deux cas qui paraissent assez nets, les cas I et II, je le crois ; dans ces deux cas, d'ailleurs, l'hydrothérapie fut associée au traitement local et dans l'un d'eux (Observation I), il y eut des récidives.

Pour le deuxième groupe, qui comprend dix-neuf cas relatés en quelques mots et très simplement mentionnés, il n'y a pas de critique possible.

Ce sont des observations de femmes entre quarante-cinq et cinquante ans, chez lesquelles la cessation définitive des règles spontanée ou provoquée par le traitement (?)..... amène la guérison de la maladie de Basedow.

Il est incontestable que la ménopause engendre fréquemment des troubles nerveux qui parfois sont assez sérieux. Les perturbations du retour d'âge sont suffisamment connues pour qu'il soit inutile d'y insister. Mais on ne trouve pas dans les observations de M. Jouin la relation de cause à effet qu'il y voit. Ainsi, voilà l'observation II : une femme de 45 ans, affectée d'une très vieille métrite, et qui, depuis deux mois, présente du goître exophthalmique. On lui fait l'opération d'Emmet, un curettage, et il se produit une grande amélioration !

Sincèrement, cette amélioration est-elle attribuable à l'opération ? — Dans l'observation VII, l'ablation d'un petit polype muqueux, chez une femme de 54 ans, la guérit complètement d'une maladie de Basedow qui date des dernières règles. Dans deux cas, il s'agit d'hystériques (observations III et XV), plus un cas douteux (observation XIII).

« Le rôle de l'hérédité est à peu près négligeable chez la plupart de nos malades », dit l'auteur et, de fait, les antécédents héréditaires ne sont guère mentionnés.

J'entends, moi, par antécédents héréditaires, non seulement la névropathie, mais ces tares nombreuses qui révèlent les dégénérescences variables d'une lignée et qui se traduisent par les manifestations du neuro-arthritisme, ainsi que c'est bien compris

et établi par les pathologistes modernes qui nous ont donné une judicieuse appréciation de la nutrition viciée et retardée.

Toutefois je trouve dans l'observation IV une mère hystérique; dans l'observation V un père aliéné, dans l'observation XII une mère aliénée ; dans trois cas, il est mentionné que des chagrins violents ont précédé le mal.

Il y a encore ici des guérisons incertaines ou incomplètes, des récidives, des cas influencés par le traitement général plus que par la ménopause.

Si, laissant la théorie étiologique et thérapeutique, je passe à l'appréciation des symptômes, je lis dans le mémoire de M. Jouin :

A propos de l'exophtalmie, « qu'elle n'est le plus souvent que modérément accusée ; le regard est brillant, l'œil est humide et fixe, etc. »

A propos du goître, « il est *exceptionnel* chez les Basedowiennes utérines » ; les malades observent une certaine *constriction* du cou, mais elles n'ont pas eu à modifier les dimensions du col de leurs habits.

Je crois volontiers à cette appréciation, mais l'auteur semble oublier que précédemment, dans ses 43 observations, il indique l'existence du goître par cette mention du diagnostic « *goitre exophthalmique* » il y a là une contradiction.

Mais acceptons son dernier jugement et voyons quelle est sa portée.

L'un des neuro-pathologistes qui ont le mieux et le plus étudié les formes frustes de la maladie de Basedow, M. Joffroy, dit : « *Le goître ne manque jamais.* » D'autre part, toutes les théories de la maladie reposent sur le fait de *l'hypertrophie* de la *thyroïde*. Sans goître pas de maladie de Basedow.

Du tremblement il n'est pas question une seule fois.

De la résistance diminuée de la peau au courant faradique il n'est même pas fait mention.

Par contre, la tachycardie existe toujours. C'est le gros symptôme du goître exophthalmique des utérines observées par notre collègue.

Voilà il me semble, le point capital du sujet.

De l'accélération du pouls qu'il a nettement constatée et de son association avec des phénomènes atténués de congestion ocu-

laire, l'auteur conclut à l'existence de la névrose de Basedow.

Nous sommes loin, on le voit, de l'ancien trépied symptomatique : goître, exophthalmie, tachycardie, et plus loin encore du complexus nouveau, mieux étudié, encore qu'il comporte des formes frustes.

Que l'approche de la ménopause aggrave l'état des nerveuses, que la disparition définitive des règles les guérisse, c'est possible, et cela s'accorde avec l'observation.

Je crois donc sincèrement, en somme, que l'auteur a exagéré la portée de ses observations. Les conclusions théoriques et pratiques qu'il en déduit ne me paraissent pas autrement solides.

Quand on veut établir une donnée aussi importante et aussi neuve, il faut l'étayer de preuves certaines, rejeter tout ce qui est douteux.

Or, les faits douteux abondent dans le mémoire de notre collègue. Je ne peux donc m'associer à ses conclusions.

J'arrive maintenant aux deux observations qui me sont personnelles et qui ne sont pas les seules du même genre.

On voit, dans une, l'association de phénomènes nerveux, assez marqués, avec une tumeur utérine. A mon avis, il s'agit d'une fausse maladie de Basedow.

— Dans l'autre, il s'agit d'une maladie de Basedow véritable, compliquée de troubles utérins assez graves et très persistants.

Observation I. — *Maladie de Basedow vraie. — Métrorrhagies, Parésie génitale. — Insuccès du traitement local.*

Madame M., 42, rue Claude-Vellefaux, 30 ans.
Père mort suicidé.
Mère morte à 37 ans de spleen ou de tuberculose ?
Grands-parents morts âgés.
Pas de nerveux du côté des collatéraux.
Réglée à 11 ans, irrégulièrement, pendant les premiers temps.
Elle se marie à 18 ans et, pendant la première année de son

mariage, elle a quelques ménorrhagies, puis, brusquement, une véritable métrorrhagie qui se renouvelle deux fois avant la première grossesse.

Une consultation a lieu entre le médecin de la famille et M. C.. L'on croit à l'existence d'une tumeur et l'on pronostique la stérilité.

Premier enfant — 5 ans 1/2 après le mariage. — Accouchement à terme d'un enfant vivant du sexe féminin, qui n'a eu que quelques accès de laryngite striduleuse pendant la dentition.

Deuxième enfant — 20 mois plus tard. — Sexe masculin. Bonne santé habituelle.

Troisième enfant. — 18 mois après.

Quatrième enfant. — 14 mois après, en juillet 1892. — Mort au bout de 11 mois, subitement, de convulsions. Tandis que la malade avait nourri les autres enfants, elle n'allaite pas celui-ci.

Au retour de couches, la malade a eu une métrorhagie abondante et, à partir de ce moment, les règles n'ont pas cessé d'être très abondantes sans qu'il se fît d'écoulement sanguin dans les intervalles.

La malade me consulte en novembre 1893. — Je trouve un gros utérus, un très gros col hypertrophique d'apparence fibroïde, de volume énorme ; l'isthme, la partie la plus vasculaire du col, est aussi très augmenté de volume, — lacération à gauche. — La muqueuse, en ectropion, est épaisse et kystique.

Les lèvres du col sont bleuâtres, violacées ; peu de leucorrhée, mais les règles sont profuses, durent cinq à six jours, beaucoup trop abondantes, « on suit la malade à la trace. »

Vagin ample, comme parésié. Vulve agrandie ; périnée déchiré. La malade a fait son premier enfant debout. Avec la notion significative de cet incident, on a le sentiment que la musculature de tous les organes est affaiblie ; les muqueuses sont le siège d'une vive congestion passive.

Je pratique le curettage et l'ablation de la partie malade du col.

Malgré ce traitement, les ménorrhagies persistaient et les règles avançaient de 6 à 8 jours.

N'ayant pu trouver de fibrome, ayant la conviction que la muqueuse s'était renouvelée suivant le processus normal, après l'ac-

couchement, mon sentiment fut que ces ménorrhagies étaient indépendantes d'une lésion matérielle de l'utérus et je portai mon attention du côté du système nerveux. J'avais constaté la coloration vive du facies, l'espèce d'apathie et d'abandon, l'intelligence obtuse, une saillie anormale des globes oculaires, avec un peu d'hypertrophie des corps thyroïdes, un tremblement léger, des palpitations cardiaques faciles, un pouls très rapide, des pleurs fréquents.

Les phénomènes ont augmenté à la suite d'une peur occasionnée par une attaque nocturne. Mon ami le docteur Talamon, qui examine la malade le 30 novembre 1894, me fournit une note concordant avec les renseignements ci-dessus. Voici sa lettre :

« Madame X... me paraît bien atteinte d'un commencement de « maladie de Basedow. Bien qu'elle dise avoir toujours eu les « yeux saillants, l'hypertrophie des deux lobes de la thyroïde « est évidente et les battements du cœur sont de 120 à la minute, « avec des crises plus fortes à la moindre émotion ou ascension. « En outre, elle a de l'insomnie, des sensations de chaleur géné- « rale, un affaiblissement de toutes les forces.

« Je crois que c'est un ensemble suffisant.

« Je lui conseille l'iodure de fer, le valérianate de zinc, et l'hy- « drothérapie froide, quand elle sera guérie de son rhume. »

Durant toute l'année 1894, je prescris des douches qui combattent efficacement l'état nerveux psychique.

J'ai examiné la malade à plusieurs reprises durant le courant de l'année, sans trouver de lésions nouvelles ; utérus de volume normal, en position normale ; le col est resté atrophié ; du côté de cet organe, les manifestations ont tout à fait disparu ; les phénomènes ne sont que l'accentuation des symptômes liés à la névropathie générale, avec augmentation des palpitations, du tremblement et du goître.

Telle elle est encore au mois de février 1895, époque où je la revois dans mon service, à la Pitié.

Ce cas me paraît assez net. Les métrorrhagies étaient sous l'influence de la maladie nerveuse ; celle-ci se présente avec une étiologie, une symptomatologie, on peut dire classiques. L'opération ne modifie pas l'état général ; seul, le traitement antispas-

modique fait disparaître les symptômes génitaux sans guérir la névrose.

Observation II. — *Fibrome utérin. — Troubles nerveux rappelant le syndrome de Basedow. — Hystérectomie. — Guérison.*

N. B. Cette observation est reproduite textuellement telle que mon assistant, M. le docteur Dutil, ancien chef de clinique des maladies nerveuses à la Salpêtrière, l'a recueillie lui-même. Je n'exagère pas en disant que M. le docteur Dutil mit toute son attention à bien élucider le cas, au point de vue des symptômes ; et qu'après avoir cru à une forme du goître exophtalmique, il se rangea à l'avis que j'avais émis sur la nature de la maladie. La rédaction qu'on va lire en fait foi.

Madame D..., 43 ans, de Garenne, par Bueil (Eure).

Réglée à 15 ans, très régulièrement. Elle éprouva, trois mois après son mariage, à la suite d'un retard de deux mois, une perte de sang, peut-être une fausse couche.

Premier accouchement, à terme, à l'âge de 25 ans, sans suites fâcheuses ; a nourri pendant 2 à 3 mois.

Deuxième accouchement, 26 ans, à terme ; perte de sang abondante, deux heures après la délivrance.

Troisième accouchement, 19 mois plus tard ; pas de complications immédiates ; s'est levée au bout de quelques jours. Quelque temps après, Madame D... a commencé à éprouver des douleurs dans les reins, le ventre, une sensation de pesanteur au fondement. Règles régulières, mais presque nulles. Quelques gouttes de sang, dit-elle.

Par-dessus tout, un état névropathique très accentué et qui s'accroissait encore au moment des époques ; des énervements, des agacements dans les membres ; des envies de pleurer, de l'insomnie. L'appétit est capricieux ; digestions pénibles avec gonflement épigastrique, bouffées de chaleur et quelquefois vomissements alimentaires ou muqueux. Faiblesse générale, tremblements, palpitations de cœur. Cet état a persisté sans rémission pendant trois ans. La malade gardait constamment le

lit ou la chambre. Son médecin, pendant ce temps, ne s'occupait pas de l'état de l'utérus, donnait des médicaments, des douches, des bains de rivière. Les troubles s'aggravant, elle alla consulter un second médecin, M. Durdos, qui diagnostiqua et traita la *métrite*.

Pansements, tampons, cautérisations. Ce traitement resta d'abord infructueux. Un jour, on la brûle au fer rouge et un mieux sensible se produit; elle peut sortir, se promener. Ce mieux a persisté jusqu'à il y a deux ans 1/2, mais dans cet intervalle, la malade n'a pas cessé de souffrir des reins, du ventre et de l'estomac. Les règles étaient plus abondantes à chaque époque, les malaises s'accentuaient et, après un petit pansement, le malaise, l'agacement, les palpitations se calmaient. Depuis deux ans 1/2, règles régulières très peu abondantes durant deux, trois, quatre jours.

Douleurs ou plutôt impatiences dans les reins, parfois faux besoin d'uriner ou d'aller à la selle; pesanteur au fondement; constipation opiniâtre.

Voilà pour la sphère génitale.

L'état nerveux que présente cette malade répond bien, ou plutôt ressemble au tableau de la maladie de Basedow (forme fruste), cependant sans goître, ni exophthalmie.

En effet, on constate les symptômes suivants :

1° Des palpitations violentes qui apparaissent, non pas à l'occasion de la marche, des efforts, mais au repos, spontanément, la nuit parfois ou à l'occasion d'émotions, souvent après le repas, et alors elles font partie du malaise général que déterminent les digestions. (Il n'y a aucune lésion organique du cœur.)

2° De la tachycardie permanente (110 à 120 pulsations à la minute, sans fièvre).

3° Un tremblement vibratoire constant aux extrémités supérieures, et qui parfois se généralise.

4° Des impatiences, des mouvements de colère, irritabilité.

5° Des sensations de chaleur montant par bouffées à la face; la nuit, fausse fièvre; elle a trop chaud, sueurs des extrémités; elle est obligée parfois de se découvrir et de se lever.

Il y a quelques mois, ces troubles étaient à un haut degré d'in-

tensité. La violence des palpitations fit croire à une maladie de cœur. Le tremblement était très intense avec insomnies opiniâtres. Le médecin fit quelques pansements, galvanisations, et la malade se trouva un peu soulagée. Jamais d'attaques, ni aucun symptôme hystérique.

Mais ces derniers troubles persistent encore et la malade se décide à venir consulter M. Doléris.

Etat : 21 février 1891. Indépendamment des troubles précédemment relatés, on constate dans la sphère génitale :

Utérus à paroi épaisse. Cavité 7 centimètres 1/2 ; — sur le plan antéro-latéral gauche, empiétant dans le ligament large, un fibrome du volume d'une orange, implanté sur une base large, au-dessous et près de la corne utérine gauche. Rien aux annexes.

Opération le 26 février. Incision de la paroi abdominale de 8 centimètres 1/2 à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic et quatre travers de doigt du pubis. La tumeur fibreuse fait corps avec l'utérus ; elle a bien le volume d'une orange ; elle siège sur le plan antéro-latéral gauche contre l'insertion de la trompe. L'utérus a ses parois épaissies. La tumeur s'implante profondément. M. Doléris estime qu'elle fait saillie dans la cavité utérine et décide l'hystérectomie avec ablation des annexes, au lieu d'une simple énucléation.

Opération régulière, sans difficultés. Suites opératoires simples. La malade est en état de sortir au bout de quinze jours.

20 mars. Dès cette époque, l'examen permet de constater la disparition des symptômes nerveux. La tachycardie, le tremblement, les palpitations ont cessé. La malade est sortie complètement calme, guérie de ses troubles nerveux, le 8 avril. Il ne restait plus à l'abdomen qu'une petite dépression à l'endroit du pédicule.

Si je voulais reproduire des observations analogues de ma pratique, je n'aurais que l'embarras du choix, encore que l'ensemble symptomatique nerveux ne soit pas identique dans toutes. Mais j'ai choisi celle-ci parce que le doute était permis dans ce cas, et parce qu'il y avait matière à discussion. Je l'ai choisie surtout en raison de sa date (1891), et de la compétence spéciale du Dr Dutil qui a minutieusement étudié le cas, en dépit d'une ten-

dance, bien excusable chez un neuro-pathologiste, à redresser fort judicieusement une première appréciation, qui assimilait notre cas justement à une des formes frustes invoquées par M. Jouin. Il ne manque pas de femmes malades, plus ou moins névropathes, assaillies, en outre, par des chagrins prolongés ou l'obsession, subissant des perturbations profondes et chez lesquelles on démêle aisément, au travers d'un ensemble de symptômes très complexes, de la tachycardie persistante, des tremblements, des altérations psychiques, des variations trophiques, etc., tous symptômes appartenant individuellement à la maladie de Basedow, mais qui ne caractérisent ce syndrome que lorsqu'ils sont nettement associés au goître exophtalmique.

J'arrive aux conclusions suivantes :

1° La maladie classique de Basedow, caractérisée par des symptômes fixes tels que le goître, l'exophtalmie, la tachycardie, le tremblement, paraît être une simple coïncidence en matière de gynécologie, tant il est rare de la rencontrer chez les femmes malades.

Elle peut retentir sur l'état général de la femme, par l'intermédiaire des troubles circulatoires, moteurs et psychiques, et provoquer des symptômes en rapport avec ces perturbations.

Le traitement de la maladie génitale ne paraît pas raisonnablement devoir l'influencer.

2° Les formes frustes de la maladie de Basedow exigeant au moins l'existence du *goître* sur lequel la plupart des théories de la maladie sont basées, il est imprudent pour le gynécologue d'accepter trop facilement des types frustes, étant donné l'incertitude de la science à cet égard et surtout les réactions nerveuses vives, profondes et durables que certaines affections utérines ou annexielles provoquent. Le fibrome utérin paraît être dans ce cas, d'après les observations publiées.

Il est donc permis de préjuger que la guérison de l'affection génitale entraînera celle des symptômes nerveux simulant une forme fruste de la maladie de Basedow.

Malgré tout, quand nous voulons établir les relations possibles entre la gynécopathie et telle ou telle classe de maladies, nous

avons surtout à considérer, nous les gynécologues, des faits positifs, bien établis, avec un cadre nosographique net, qui nous permette d'apprécier sainement. La névrose de Basedow a un cadre classique et il est utile de le respecter.

Quant aux formes frustes de cette névrose, surtout si, comme on tend à le faire, on en limite l'expression symptomatique à la tachycardie, phénomène si fréquent chez les femmes nerveuses, affectées ou non de maladies génitales, ce sont des subtilités, des conceptions trop jeunes encore et trop insuffisamment établies, pour les accepter sans inconvénients. Les neuropathologistes peuvent du reste rechercher ces formes frustes ; c'est leur rôle. Mais, jusqu'à nouvel ordre, je vois un danger, à notre point de vue professionnel, à accepter l'assimilation de ces deux formes, l'une certaine, l'autre incertaine ; et à espérer trop facilement ou à faire espérer aux malades affectées d'une véritable maladie de Basedow, toujours grave, à pronostic sérieux, puisque, d'après Charcot, le quart des malades en meurent, qu'il peut suffire,—pour faire disparaître cet ensemble symptomatique constant de la névrose, le goître, l'exophtalmie, la tachycardie, le tremblement, voire le cortège des symptômes accessoires, — de curetter l'utérus pour une simple endométrite concomitante.

Je ne vois pas, pour ma part, le retentissement que peut avoir l'endométrite sur une telle névrose et je ne me crois pas autorisé à vanter l'utilité du traitement utérin.

Par contre, si j'accepte que le système nerveux puisse être troublé assez profondément par l'évolution d'une tumeur utérine ou une déviation, mon observation ne me permet pas de dire que j'aie jamais été trompé sur la valeur des manifestations, non pathognomoniques, mais accessoires, que l'on observe en pareil cas, malgré l'apparence. Et, dans l'espèce, il serait tout aussi téméraire, en les voyant disparaître, par le fait de la guérison chirurgicale de ces lésions, d'affirmer que l'opération a eu pour résultat d'enrayer définitivement, de guérir un état nerveux, aussi grave que l'est le goître exophtalmique.

C'est à ce double point de vue seulement, point de vue pratique, professionnel, je le répète, que je me crois tenu à une grande réserve, car je ne peux admettre que la réussite de mon in-

tervention puisse être considérée comme une sanction nouvelle du traitement des formes dites frustes, encore trop vaguement déterminées de la maladie de Basedow.

L'opinion du médecin, appelé à juger les cas, a une grande valeur pour la constatation d'un symptôme, c'est certain. M. Potain a vu la tachycardie chez quelques malades de M. Jouin ; c'est indiscutable. Mais, a-t-il conclu résolument dans tous ces cas au goître exophtalmique ? Voilà comment la question me paraît devoir être posée.

TROUBLES UTÉRINS D'ORIGINE DÉGÉNÉRATIVE.

SCLÉROSE UTÉRINE.

La dégénérescence scléreuse de l'utérus ne pouvait pas tomber sous l'observation des gynécologues anciens, à qui manquaient des notions micrographiques précises. Aussi ne faut-il pas s'étonner des confusions que renferment leurs travaux, dans lesquels se retrouvent décrites des lésions fort différentes, nées de causes dissemblables.

En lisant attentivement ce qui a été publié, dans le commencement du siècle précédent, sur les indurations, l'engorgement, l'inflammation chronique, l'hypertrophie de l'utérus, on est frappé de la vérité des descriptions cliniques ; mais on reste étonné, à bon droit, du peu de souci, qu'ont eu les auteurs, de la pathogénie de ces états morbides, laquelle, mieux étudiée, les aurait probablement rapprochés de la vérité étiologique. Les groupements logiques se fussent tout naturellement trouvés de ces diverses altérations et la thérapeutique rationnelle en aurait été aisément déduite.

Nos devanciers avaient observé que la matrice acquérait parfois une *dureté anormale* qu'ils différenciaient parfaitement du squirrhe.

Ils n'ignoraient pas davantage les augmentations singulières de volume affectant tantôt le col, tantôt le corps, tantôt la matrice tout entière, et ils rangeaient cette anomalie sous les vocables commodes *d'allongement hypertrophique* quand il s'agissait de l'isthme et de la portion sous-vaginale, *d'hypertrophie simple* quand il s'agissait du corps de l'utérus ou du col épaissis et indurés isolément.

Ils faisaient d'ailleurs la différence de ces altérations d'avec la fibromatose.

Huguier, dans son livre sur l'allongement hypertrophique, n'a

point été hanté par la préoccupation d'ébaucher la pathogénie de lésions qu'il a pourtant très exactement décrites.

Boivin et Dugès assurent que toutes les augmentations de volume ou hypertrophies *tiennent à quelque phlegmasie chronique* ou à des *altérations de texture* ; ces altérations de texture ne visent que les diverses formes du cancer et le fibrome.

Lisfranc décrit une variété d'hypertrophie avec *induration blanche simple*, qu'il rattache d'une façon constante à l'accouchement ou à l'avortement, et dans laquelle il nous faut voir, pour les formes curables, la subinvolution, et pour les formes rebelles, la métrite chronique, accompagnée d'un processus scléreux.

Duparque a écrit quelques lignes qui sont intéressantes à citer, au moins pour la singularité de l'interprétation, et qui, sous une forme peu scientifique, ne font que traduire l'opinion actuelle sur les processus scléreux : « La transition des engorgements durs, de l'état curable à l'état incurable, n'est pas facile à saisir. Ce n'est guère que sur les circonstances éventuelles que l'on peut, sous ce rapport, établir le diagnostic. Ainsi, tant que l'induration reste formée par une substance fibro-albumineuse déposée dans les mailles du tissu cellulaire de l'organe malade, la guérison est possible. Cette substance peut être résorbée, mais, à l'instar des pseudo-membranes qui se forment dans les cavités séreuses, qui n'en diffèrent qu'en ce que la matière est ici en lames plus ou moins étendues, tandis qu'elle est comme infiltrée dans l'induration, quand, dis-je, cette matière passe à l'état cartilagineux et osseux, toute résolution devient dès lors impossible ».

Scanzoni, qui a fait converger tous ses efforts vers l'unification de la métrite chronique, a insisté sur la production du tissu fibreux interstitiel dans les mailles du tissu musculaire, comme la cause de l'induration et de l'augmentation de volume.

Je pourrais m'étendre beaucoup sur cette ébauche d'historique sans apporter d'utiles notions au sujet qui m'occupe ; il suffit de préciser que l'unique préoccupation qui apparaît, à cette époque, est celle de bien établir la différence entre l'induration simple et l'induration squirrheuse.

A une époque plus rapprochée de nous, la préoccupation est tout autre. Le cancer utérin étant connu dans toutes ses for-

mes anatomiques et cliniques, et rangé dans une classe bien délimitée, il s'agit surtout de distinguer les hypertrophies simples d'avec la fibromatose et la métrite chronique.

La chose n'était guère plus aisée ; car, dans la fibromatose, se rencontrent des processus divers, affectant tantôt l'élément musculaire, tantôt l'élément conjonctif, tantôt les deux à la fois. La clinique établissait, de son côté, que la fibromatose ou la myomatose pouvant exister sans qu'il se produisît de nodules néoplasiques isolés, toute la lésion résidait dans une hyperplasie diffuse du tissu utérin, que d'aucuns, plus tard, ont appelée simplement *gigantisme* utérin pour marquer la différence.

L'histologie ne pouvait être d'aucun secours dans l'espèce, vu la difficulté de distinguer, à l'examen ou à l'aide de réactifs, le tissu musculaire lisse de l'utérus hypertrophié, du tissu conjonctif jeune qui l'environne et s'entremêle avec lui dans ces cas. Et cette difficulté, disons-le de suite, se rencontre encore actuellement, quand il s'agit de faire, sous le microscope, la part de ces deux éléments : fibre musculaire utérine, fibre conjonctive jeune de l'utérus, qu'il s'agisse de fibromatose diffuse, sans caractère précis, ou de métrite chronique à forme hypertrophique.

J'ai renoncé à établir une distinction, en face de l'impossibilité où je me suis trouvé en 1883, alors que j'étudiais l'évolution et la texture des fibromes gravidiques. Et je conclus encore aujourd'hui que s'il existe des myomes très nettement caractérisés, des fibromes nodulaires tout aussi indiscutablement fibreux, il est des néoplasmes mixtes et des processus du stroma utérin épaissi entourant ces néoplasmes, où la différenciation des éléments anatomiques paraît impossible.

Comment s'étonner, dès lors, que l'on discute quand il s'agit de la *sclérose utérine*, qui n'est et ne peut être qu'une hyperplasie fibro-conjonctive, alors qu'on envisage précisément la période de formation durant laquelle les éléments néoformés, jeunes, présentent des caractères tellement équivoques qu'on est obligé de renoncer à les différencier ! Virchow a formulé précisément le précepte de la prudence dans le diagnostic des processus en évolution.

La difficulté disparaît, à la vérité, quand la déviation vers la forme conjonctive définitive, c'est-à-dire adulte, s'est affirmée

par la transformation des fibres cellules en faisceaux de fibrilles.

Mais cette évolution définitive et ultime n'apparaît que fort tard, dans la plupart des cas. Forcément le diagnostic clinique a dû longtemps errer sur le point de déterminer la nature de l'hypertrophie ou, pour mieux dire, de l'hypermégalie transitoire de l'utérus, et l'origine des troubles symptomatiques qui l'accompagnent.

L'obscurité qui régnait à ce sujet, en dehors de toute étude histologique, n'a pas disparu avec l'aide du microscope ; car là où Kiwisch et Rokistanski n'ont vu, dans l'hypertrophie, que l'hypergenèse des éléments conjonctifs du tissu utérin, Virchow a certifié la multiplication des fibres musculaires, et Forster a reconnu la collaboration des deux processus.

Comment pouvait-il en être autrement, après ce que je viens de dire de l'impossibilité de distinguer dans le tissu néoformé l'élément musculaire de l'élément conjonctif jeune ?

On ne saurait donc accepter cette conclusion de Hepp (1), qui considère « *la sclérose utérine comme une hypertrophie générale de tous les tissus utérins, touchant principalement le parenchyme, dans lequel on constate, à un degré variable, de la sclérose périvasculaire.*

On pourrait appliquer cette appréciation à l'hypertrophie simple, si tant est qu'elle existe, au *gigantisme*, à la myomatose diffuse, à la subinvolution persistante et sans doute à bien des formes chroniques de l'inflammation interstitielle de l'utérus.

Ce qui fait la sclérose, c'est, à mon sens, moins le processus à la période de début que les circonstances spéciales de l'évolution ultime, aboutissant à une atrophie réellement fibreuse et purement fibreuse ; c'est moins l'envahissement momentané de la trame utérine par des éléments conjonctifs en surabondance que la permanence et l'organisation définitive de ce tissu conjonctif, enserrant et finissant par détruire l'élément noble, la fibre musculaire ; c'est surtout la sclérose des parois vasculaires et des parois glandulaires, apparaissant comme processus initial et tenant sous sa dépendance la nutrition de l'utérus tout entier qui ne tarde pas à s'altérer profondément.

(1) Hepp. *Sclérose utérine et métrites chroniques.* Thèse Paris, 1889.

La sclérose est encore principalement dans la cause mal connue qui agit incessamment sur l'appareil génital comme elle agit ailleurs ; mais ici avec d'autant plus de sûreté que cet appareil est en activité pour ainsi dire continuelle.

Ce quelque chose qui, chez les nerveux, les arthritiques, les dégénérés de tout ordre atteint les vaisseaux, le cœur, les viscères, l'utérus, les ovaires, etc., qui en peut affirmer la nature avec précision ?

J'ai, il y a longtemps, signalé, la syphilis, l'alcoolisme, l'arthritisme... Est-ce tout ? Qui le peut dire et qui peut se risquer à faire aujourd'hui l'histoire définitive de toutes les scléroses ?

Il reste un point indiscutable : ce sont les scléroses traumatiques et inflammatoires ; mais quand, à l'origine d'une de ces formes d'altération de l'utérus, débutant par une longue phase hypertrophique pour aboutir à un stade terminal d'atrophie avec ou sans induration, on ne retrouve ni l'infection, ni l'inflammation aiguë ou chronique, ni le traumatisme septique ou non, ni l'action des caustiques...., il faut bien admettre qu'il y a, pour ces états, une pathogénie spéciale, encore que la rareté en soit manifeste.

S'il faut, en outre, dire mon avis sur le diagnostic des scléroses à la période hypertrophique, j'avoue que je ne me sens pas capable d'avancer quelque chose d'utile à la solution d'un problème aussi difficile. Il m'est arrivé plusieurs fois de traiter des malades à gros utérus, ne présentant aucun caractère de fibromatose nodulaire, affectées de métrorrhagies, de leucorrhée, avec un col volumineux, chez lesquelles j'ai largement dilaté la cavité de la matrice dont j'ai exploré digitalement la surface, sans rencontrer le moindre noyau fibreux. Pour la plupart, je suis resté hésitant : certaines étaient des nerveuses à congestions utérines excessives, qui éprouvaient, de par leur excitabilité réflexe spéciale, des troubles analogues à ceux que produit sur l'utérus une lésion annexielle ou une grossesse ectopique, avec des phases très longues de retour de l'organe à son volume normal, et qui se sont guéries avec un traitement général et l'hydrothérapie.

Chez une, je n'ai pas pu arriver à discerner l'existence de fibroïdes interstitiels minimes qui ont été reconnus après l'hystérectomie.

D'autres ont guéri avec la ménopause. Or, c'est là un point essentiel à noter, la période de la *ménopause* est l'époque habituelle de l'apparition de ces troubles, ou de leur aggravation lorsqu'ils préexistaient.

Je dois et je veux me borner, pour l'instant, à ces observations conjecturales, pour revenir dans le champ de la sclérose envisagée comme lésion dégénérative de l'utérus et en rechercher non pas la cause immédiate, qui me paraît impossible à spécifier, mais le cadre clinique dans lequel on peut la renfermer.

Auparavant, il faut montrer la part qui revient à d'autres dans les travaux tout à fait modernes qui l'ont signalée à notre attention.

Martineau écrivit, il y a quelque quinze ans, une monographie sur la métrite, et, le premier peut-être, prononça le mot d'artério-sclérose à propos de l'inflammation chronique de l'utérus. En ce mot se résumaient pour lui ces deux termes connexes : génie morbide constitutionnel de la malade — processus purement vasculaire localisé dans la matrice enflammée.

L'idée était certainement imprécise. Martineau pensait strictement à l'évolution scléreuse, secondaire, d'une métrite toujours identique à elle-même, dans son principe et dans ses lésions initiales, sous l'influence d'une nutrition insuffisante. Cette vue hypothétique lui faisait nier et, partant, délaisser l'étiologie infectieuse de la métrite, ce qui n'était point conforme aux faits déjà acquis alors, sur le rôle microbien dans cette étiologie. Elle l'avait amené, en outre, à confondre toutes les formes de la métrite chronique. Son artério-sclérose utérine n'était que la traduction histologique de l'*induration blanche* de Lisfranc ; elle représentait l'idée défendue par Scanzoni sur la métrite chronique, d'après les connaissances histologiques de son temps, mais avec une généralisation outrée.

Gallard (1863) avait conclu dans le même sens et, avec l'esprit de synthèse qui était le sien, il comparaît l'évolution du processus scléreux dans l'utérus à ce qui se passe dans le foie, dans le rein : même période hypertrophique dans le début, même période atrophique terminale.

Au lieu de considérer uniquement, comme le fit plus tard

Martineau, la phase active dans laquelle prédominent les phénomènes d'hypertrophie, Gallard envisageait l'évolution rationnelle d'un processus juxtaposé, ou pour mieux dire mélangé à celui de l'évolution de la métrite chronique.

Skene (1892) a vu plus clairement la possibilité de disjoindre le processus scléreux pur du processus inflammatoire ordinaire, dans la matrice augmentée de volume. Et très probablement cet auteur avait saisi la distinction qui sépare les modifications du tissu utérin dépendant exclusivement de l'inflammation, d'avec cette autre espèce de lésions indépendantes de l'inflammation, qui obéissent à un mouvement nutritif hypertrophique spécial, et qu'à tort on rangeait dans le cadre de la métrite, sous l'étiquette d'*interstitielle*, *hypertrophique*.

Les opinions des trois gynécologues que je viens de citer et d'analyser brièvement n'ont pas réussi à faire une lumière suffisante. On y devine un besoin d'établir des espèces dans le domaine trop vague de la métrite chronique ; il y manque la connaissance précise de la marche des processus histologiques. Là où Martineau se préoccupe de la pathogénie éloignée d'une diathèse évoluant sur la matrice enflammée, Gallard ne considère que l'application banale d'une doctrine rationnelle de l'évolution des lésions inflammatoires ébauchée par Scanzoni.

Dans mes études anatomiques personnelles, de 1888 à 1894, j'ai eu la preuve de la diversité des lésions capables d'augmenter le volume, la consistance et la structure de tout ou partie de l'utérus et de la variabilité des circonstances étiologiques qui président à ces changements.

Un fait m'a paru certain : c'est que toute métrite du col, d'origine infectieuse, bien caractérisée, n'aboutit pas nécessairement à la cervicite scléro-kystique avec hypertrophie du tissu conjonctif, ni épaississement scléreux des parois folliculaires et vasculaires. Par contre, une semblable hypertrophie, caractérisée par ces lésions mêmes, peut apparaître sans avoir été nécessairement précédée d'une infection. Tout au moins peut-on affirmer que, s'il y a eu infection, celle-ci était insignifiante, banale dans son étiologie microbienne, superficielle et passagère dans ses atteintes.

Pour quelques cas spéciaux, de bonne foi, il faut écarter toute

idée d'infection ; et cependant le processus est le même histologiquement.

La conclusion est donc pour moi, ainsi que je l'ai dit précédemment, qu'il existe deux sortes de processus hypertrophiques utérins, d'essence différente.

C'est dans ces deux ordres d'idées que j'ai poursuivi l'observation clinique et l'étude anatomique des diverses formes de la métrite chronique, d'une part, — et que j'ai toujours conservé une place spéciale aux dystrophies utérines susceptibles d'affecter l'allure hypertrophique, sans participation évidente des causes d'infection habituelles, d'autre part.

Autant il est aisé d'appliquer à la métrite les données générales de l'anatomie pathologique et d'établir pour elle les modalités d'évolution auxquelles elle est soumise, en partant du principe des terminaisons possibles de l'inflammation par un processus sclereux hypertrophique d'abord, atrophique plus tard, — autant il est difficile de déterminer à quelle étiologie obéit la sclérose primitive, pure de tout alliage inflammatoire. On pourrait penser même qu'il est imprudent d'en affirmer l'existence si nous n'avions pas des certitudes acquises en ce qui concerne la manifestation tardive de certaines diathèses qui, pour être supposées microbiennes, n'ont pas encore révélé leur secret à cet égard : ces scléroses *syphilitiques*, celles qui dépendent de *l'arthritisme*, de *l'alcoolisme*, de la *tuberculose*, sont incontestables.

Dans l'ouvrage que j'ai écrit en 1896 sur « la Pathologie et la thérapeutique générales des inflammations génitales », j'ai signalé le rôle des états morbides constitutionnels dans l'évolution des infections utérines et péri-utérines ; j'ai tenté de découvrir, dans ces états dyscrasiques, la condition habituelle de l'allure *chronique* que ces infections affectent chez les sujets prédisposés. La sclérose ovarique, comme la sclérose des parois tubaire et utérine, sont fonction de causes analogues, inhérentes plutôt à un substratum ancien qu'à la lésion déterminée par le germe infectieux nouveau.

Dans un autre ouvrage, écrit en collaboration avec R. Pichevin, et qui fait suite au précédent : « La Pratique gynécologique », vol. 2, p. 377, l'action étiologique de la *sclérose utérine* est invo-

quée pour l'interprétation de certaines métrorrhagies et ménorrhagies à répétition.

Dans divers mémoires sur les salpingites chroniques, j'ai signalé l'exagération singulière de l'épaisseur des parois de la trompe, dans certains cas.

Cette phrase, qui vient après l'étude du rôle général de l'arthritisme, démontre assez que mes préoccupations à l'égard de la sclérose génitale sont anciennes : « *La tendance générale de l'organisme à faire du tissu fibreux sous l'influence de la syphilis, de l'alcoolisme chronique ou d'un vice de nutrition quelconque se montre tout aussi évidente. Elle se révèle, au cours de l'inflammation banale des différents organes, par les infiltrations scléreuses rapides et diffuses des tissus enflammés, aussi bien dans un col affecté de cervicite persistante que dans une salpingite à récidives fréquentes ou dans les ovarites scléro-kystiques. Elle est une cause indéniable de la cervicite hypertrophique et de la salpingite dite hyperplasique (trompes à parois épaisses et fibreuses).* »

A remarquer qu'il s'agit, dans ces phrases, de la déviation scléreuse de l'inflammation banale ou saprophytique, c'est-à-dire de cette infection si atténuée qu'à peine elle mérite le nom d'infection, à telles enseignes qu'il est permis de lui attribuer un rôle plutôt irritatif sur les tissus qu'une action réellement pathogène. Dans les circonstances ordinaires de ces infections, les conditions habituelles de l'hyperplasie cellulaire ne s'observent pas, s'il ne s'y ajoute la tendance constitutionnnelle à la sclérose.

Les caractères sont donc ici bien tranchés entre ces formes et celles qui appartiennent aux déviations scléreuses des inflammations aiguës provenant d'une infection grave.

C'est dans cet esprit que j'ai inspiré en 1896 la thèse de mon élève Brioude, intitulée : *Les scléroses de l'utérus.* Ce travail est incontestablement la première monographie écrite sur le sujet.

Les conclusions qui, dans cette thèse, résument mon enseignement, sont les suivantes :

I. — Au même titre que les autres viscères, l'utérus peut être affecté de sclérose.

II. — La sclérose utérine reconnaît pour cause des altérations locales, ou une influence pathogénique générale (diathèse fibreuse).

III. — Les scléroses locales sont dues :

a) Aux inflammations d'origine infectieuse variant avec les conditions étiologiques de chaque infection.

b) Aux traumatismes utérins d'origine obstétricale ou chirurgicale. (Les actions des caustiques doivent rentrer dans cette catégorie.)

c) A l'influence de la diathèse fibreuse, de la syphilis, de la tuberculose, qui vient s'associer, dans certains cas, aux deux catégories précédentes, en modifiant les processus locaux dans le sens de l'hyperplasie fibreuse.

IV. — Les scléroses utérines de cause générale peuvent apparaître en dehors des conditions sus-énoncées. Elles se réclament alors de la diathèse fibreuse ou de l'infection syphilitique chronique.

V. — L'anatomie pathologique montre que les scléroses locales appartiennent presque exclusivement au col utérin ; elles peuvent dépasser secondairement cette région pour pousser des travées fibreuses dans l'isthme, dans les gaines des vaisseaux du paramétrium.

La sclérose utérine générale affecte l'organe dans son entier : c'est le gigantisme utérin, qui diffère de la myomatose diffuse par l'hyperplasie de l'élément fibreux combinée à celle de l'élément musculaire.

VI. — La marche des scléroses utérines obéit à l'évolution successive de deux phases : hypertrophique et atrophique.

A la phase hypertrophique appartiennent les accroissements de volume, les congestions douloureuses, les hémorragies, etc.

A la phase atrophique correspondent les allongements des divers segments de l'utérus, les atrésies, le ralentissement des fonctions.

VII. — Le traitement est local et général.

Local, il vise l'abrasion des zones indurées douloureuses, le rétablissement du calibre de la cavité de l'utérus, l'assouplissement de ses parois, etc.

VIII. — Le traitement général est dirigé contre la diathèse fibreuse (iodure de potassium) ; l'altération des centres trophiques (hydrothérapie) ; la syphilis dans les cas particuliers (cure antisyphilitique). »

Dans un récent travail de mon ami le Dr Barthélemy sur la syphilis génitale tardive, mes différents travaux sont mentionnés et l'auteur leur apporte l'appoint de ses observations et de ses idées personnelles.

Je dois citer enfin une monographie postérieure de trois ans à celle de mon élève Brioude, intitulée : *Sclérose utérine et métrites chroniques* (Paris, 1899), due au Dr Maurice Hepp, où se retrouvent les données précédentes sur l'arthritisme et la diathèse sclércuse.

La double doctrine qui domine tous mes écrits — et qui se trouve longuement exposée dans le présent ouvrage, — touchant la distinction entre les métrites infectieuses et les fausses métrites, est pleinement adoptée par Hepp qui la défend avec autant de constance que de talent.

Voici ses conclusions :

« 1° Le groupe confus des métrites chroniques doit être aujourd'hui dissocié en deux classes distinctes par leur étiologie, par leur anatomie pathologique et par leurs symptômes.

A la première appartiennent les métrites infectieuses. A la seconde appartiennent les pseudo-métrites et la sclérose utérine des arthritiques nerveuses.

2° La sclérose utérine des arthritiques confine à la fibromatose de l'utérus ; elle coïncide souvent avec la dégénérescence scléro-kystique des ovaires, avec la rétroversion et le prolapsus utérin, avec le cancer de l'utérus.

Ces diverses affections paraissent résulter d'une même dystrophie générale, qui se manifeste par les autres stigmates de l'arthritisme et qui peut toucher l'appareil génital de la femme aux divers âges de sa vie, surtout à l'époque de la nubilité et à l'époque de la ménopause.

3° Le traitement que réclame la sclérose utérine des arthritiques diffère de celui qui réussit contre les métrites infectieuses.

Il consiste essentiellement dans les pratiques décongestives et orthopédiques de l'organe malade, dans les opérations partielles conservatrices, atrophiques, et, au besoin, dans la castration vaginale totale.

Contre cette forme de lésion utérine, le curettage, les cautéri-

sations superficielles et le traitement purement antiseptique échouent, ou aggravent même l'état des malades. »

Richelot a entrepris la démonstration de la même idée dans un mémoire à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique.

Il a trouvé des contradicteurs.

Bouilly, Delbet, ont voulu réagir surtout contre la généralisation trop systématique de Richelot. Les objections, à mon avis, eussent eu une portée moindre si Richelot n'avait montré une tendance trop exclusive à séparer le processus scléreux d'avec la métrite, en accentuant la fréquente indépendance du premier; tandis qu'en réalité, pour ses contradicteurs, le principe initial connu des scléroses utérines est une infection réelle.

Trop absolues et trop exclusives me paraissent ces deux opinions. La difficulté d'établir une proportion s'aperçoit de suite.

Néanmoins, je n'hésite pas plus aujourd'hui que par le passé à adopter le principe d'une dualité nécessaire dans la doctrine. L'opinion qu'à la suite de Bouilly, de Pozzi, de Delbet, j'ai exprimée dans la discussion, montre d'une façon sommaire que mon sentiment est resté très précis. Je dois déclarer que le raisonnement de Richelot me paraît partir d'une base un peu vague, un peu touffue, si je puis ainsi dire. S'il adopte ma classification des processus morbides de l'utérus, en infectieux ou *métrites* et non infectieux ou *fausses métrites*, il me paraît qu'il y a quelque confusion dans l'emploi des termes très divers qui appartiennent au groupe des fausses métrites où se trouve comprise la sclérose utérine.

Ainsi, la congestion utérine, sur laquelle roule une bonne partie du raisonnement, est un élément nécessairement banal qui représente une phase temporaire, souvent passagère, d'un processus dont l'issue n'est point déterminée. Trop de causes sont susceptibles de provoquer la congestion de l'utérus pour qu'il y ait lieu de les énoncer utilement.

En attaquant l'ancienne conception classique de la congestion utérine, dans mon travail de 1893, je n'ai pas entendu aboutir à la seule démolition d'une idée. Je me suis efforcé, au contraire, de réédifier à sa place, en les isolant de mon mieux, la plupart des différents processus englobés et confondus dans la doctrine

ancienne. Armand Siredey, en élargissant la question et en faisant le procès définitif de la congestion, ne s'est pas écarté du principe qui m'avait guidé moi-même.

Il me paraît, qu'au contraire, Richelot semble avoir voulu faire une trop large part à la sclérose utérine ; et on a cette impression, en le lisant, que la place exagérée que tenaient autrefois la congestion et l'engorgement, il l'attribue, — synonyme erroné d'inflammation chronique,— au processus scléreux.

La question n'est pas aussi simple, comme le lecteur a pu déjà s'en convaincre.

Pour terminer l'histoire récente de ce conflit d'opinions, je ne saurais mieux faire que de citer *in extenso* l'opinion que j'ai formulée sur le fond de la question, à la Société de Gynécologie, sans entrer dans les détails, qui trouveront leur place tout naturellement à la fin de ce travail.

Je disais en manière de conclusion générale :

« Si les opinions des gynécologues sur la nature et la classification des métrites sont restées flottantes et indécises pendant longtemps, nous sommes tous d'accord que la doctrine de l'infection est venue fort heureusement nous apporter une donnée d'une précision parfaite. »

« Dès 1886, je faisais ressortir, dans un mémoire, toute l'importance de l'étiologie microbienne. Mais je n'ai pas commis cette faute d'attribuer à celle-ci tous les troubles morbides dont l'utérus peut devenir le théâtre, *et qui correspondent à ce qu'on appelle la sub-involution, l'hypertrophie chronique, l'hyperplasie, l'engorgement, la congestion, etc.* « La distinction, disais-je, entre la congestion et la métrite n'est pas plus difficile qu'entre la pneumonie et la congestion pulmonaire. La doctrine microbienne établit nettement la différence pathologique. »

« Cette base préliminaire était complétée plus tard, en 1893, par une série d'études sur les *troubles physiologiques non inflammatoires de l'utérus ou fausses métrites.* »

« La conclusion simplement exprimée est donc celle-ci : *métrite égale infection microbienne.* »

« Et j'adoptai une classification étiologique, imparfaite sans doute, mais suffisante : métrite puerpérale, blennorragique, ba-

nale, cette dernière renfermant des types microbiens distincts des deux premières variétés, à savoir les saprophytes et autres pathogènes vulgaires. »

« Est-ce à dire que l'utérus affecté de métrite contient toujours des microbes pathogènes à une phase avancée de la maladie ? »

« M. Richelot a répondu négativement. »

« M. Delbet vient affirmer que les sécrétions et les coupes ne les démontrent pas dans les lésions de la phase chronique. »

« Telle est aussi mon opinion exprimée il y a quatorze ans, en pleine connaissance de cause, dans les termes suivants : « Ou bien nous trouverons le microbe en même temps que nous trouverons les effets de sa présence, ou bien il se sera éteint au sein des tissus qu'il a contribué à faire évoluer. L'acte matériel de la lésion aura seulement survécu. » (*De l'endométrite*, 1886.)

« Nous devons seulement souligner la longue persistance du microbisme dans le col de l'utérus, que M. Richelot affirme en disant : « *La métrite chronique est une métrite cervicale.* »

« Cette phrase est simplement la synthèse de mon opinion ancienne. Ce fut le thème favori de Bennett. Ce fut aussi le mien. Je marquais cette prédilection de l'inflammation pour le col utérin dans les termes suivants : « La métrite antérieure ou métrite du col correspond fort bien à l'urétrite postérieure. Dans ces deux sièges, l'inflammation est également rebelle et de longue durée ; dans ces deux points, on trouve des follicules ramifiés, en grappes, profondément situés, de structure identique. » (*Ibid.*)

Et depuis 1886, dans les cinq ou six mémoires que j'ai écrits sur la métrite cervicale, cette notion est prédominante.

« Si l'on ajoute à ces données la notion des réinfections de la cavité utérine par l'insuffisance du drainage cervical, effet des occlusions congestives, des flexions, des spasmes, la question se trouve à peu près circonscrite. »

« Dans tout cela il n'y a rien de nouveau. »

« On en peut déduire que l'infection conserve une place prépondérante dans la classification des métrites. »

« Que reste-t-il en dehors de ces espèces ?

« M. Delbet avançait, non sans raison, que la métrite pouvait survenir des semaines après l'accouchement, sans qu'on ait relevé des signes manifestes d'infection au cours du puerperium.

Pour moi cela ne fait pas de doute. La métrite, dans ces conditions, est le produit de cette morbidité atténuée ou latente des suites de couches, réveillée ultérieurement et subitement aggravée par des causes multiples. Infection tardive, sur laquelle j'ai écrit un mémoire très détaillé en 1895, et à propos de laquelle j'ai institué l'examen méthodique des accouchées à leur sortie de l'hôpital et le traitement antiseptique prolongé de l'utérus après les couches. »

« Il est donc bien difficile de n'apêrcevoir pas, dans l'évolution de toute métrite, la suite et comme la conséquence d'une infection plus ou moins lointaine qui en a caractérisé le premier stade. A ce titre, les processus scléreux doivent être considérés comme des résultantes dans la grande majorité des cas. »

« Cela étant établi, c'est ici que l'opinion de M. Bouilly prend sa véritable place. Avec lui, je crois que la sclérose, peut devenir le stade terminal de toutes les variétés d'infection. Que faut-il pour cela ? une prédisposition constitutionnelle, la tendance aux néoformations fibreuses. »

« L'organisme ne fait alors qu'imprimer sa marque signalétique à un processus qui, autrement, se fût éteint ou eût évolué d'une façon différente. »

« C'est le problème de la *chronicité* posé et résolu tout à la fois. C'est toute ma doctrine. Toutes les infectées ne font pas de la sclérose c'est certain ; et, chez la plupart, la métrite infectieuse disparaît dans sa cause et avec les effets de cette cause. »

« L'utérus récupère son intégrité. »

« Mais chez un certain nombre, la métrite persiste. Pourquoi cette différence ? Parce que chez ces dernières la tare constitutionnelle fixe et éternise le processus. Que cette tare, variable dans son essence originelle, se traduise, comme le dit M. Richelot, par le *neuro-arthritisme*, je le veux bien, mais elle n'apparaît ici que comme la condition même de la chronicité d'un processus qui était infectieux dans son principe. »

« Pour traduire d'un mot ma pensée, je dirai : l'infection fait la métrite ; la constitution morbide fait la chronicité aboutissant à la sclérose. C'est la juxtaposition de ces deux conditions qui réalise la grande masse des scléroses utérines. Celles-ci seront donc secondaires et deutéropathiques. »

« Maintenant, la question se pose des scléroses *essentielles* de l'utérus. Cette affection initiale, idiopathique, existe-t-elle réellement, en dehors de la métrite, de l'infection ? »

« Skene, il y a vingt ans, a soutenu cette idée. Gallard a écrit un chapitre là-dessus. »

« J'ai moi-même poursuivi l'étude de ce point délicat, bien avant qu'aucun travail n'ait été produit en France. En 1896, un de mes élèves, M. Brioude, a écrit sous mon inspiration une thèse ayant pour titre : *Les scléroses de l'utérus*. La question y est traitée dans tous ses détails, avec le rôle des dégénérescences fibreuses des vaisseaux et l'analyse des processus scléreux dans les travées conjonctives périvasculaires et interfasciculaires. »

« Ceux qui, en 1886 et 1887, ont suivi les longues discussions sur la métrite à la défunte Société de gynécologie, doivent se rappeler de quelle façon Martineau soutenait la théorie de l'*artériosclérose*, dont il faisait le processus univoque de toute métrite chronique. C'était une opinion trop absolue et nous la combattions, en nous conformant à la doctrine de l'infection microbienne. Mais nous ne refusions pas une part de vérité à cette opinion trop exclusive et trop générale. »

« Encore aujourd'hui, il me paraît difficile de ne pas admettre des prédispositions très singulières à la sclérose utérine, dérivant uniquement d'une tendance constitutionnelle, chez certaines femmes à utérus volumineux, chez celles surtout qui offrent ces exemples singuliers d'allongement hypertrophique du segment cervical moyen ou vaginal du col. Comment expliquer ces proportions démesurées du museau de tanche dues à l'hyperplasie conjonctive autour des glandes et dans leurs parois, entre les faisceaux musculaires, le long des vaisseaux et dans leurs tuniques ? On rencontre ces lésions chez les syphilitiques, les arthritiques, les nerveuses, les alcooliques, les obèses, etc., en même temps que des ectasies veineuses, des hémorrhoïdes, du varicocèle ovarien, parfois concurremment au prolapsus ou à la rétroversion. Et ces états caractérisés par des dimensions exagérées de l'utérus, ce gigantisme utérin, en dehors de fibromatose ou de myomatose réelles, ne laissent pas que de donner l'idée de quelque chose de spécial. »

« Ces scléroses ne peuvent pas être comparées à la congestion

passive, effet de la déclivité et du trouble circulatoire dans les utérus rétrodéviés, et qui cesse dès que l'organe est redressé. Il y a quelque chose de plus qui survit à tout traitement et dont l'interprétation voudrait être précisée et définie au même titre que l'ectasie veineuse elle-même, qui est souvent une des altérations coexistantes. »

« On observe ces scléroses véritables seulement chez des femmes d'un certain âge. Et, pour ma part, je n'assimile nullement à une lésion semblable les fausses métrites de la puberté qui atteignent les jeunes filles strumeuses, lymphatiques, affectées d'une tare héréditaire qui affaiblit les tissus et prédispose aux viciations sécrétoires, à la leucorrhée entre autres. »

« Pour conclure, je crois donc, sans le pouvoir démontrer par des preuves irréfutables, à la sclérose utérine primitive, affection constitutionnelle, mais je la crois beaucoup plus rare que notre collègue M. Richelot. »

« Je crois, avec Bouilly et Delbet, à la fréquence autrement considérable des scléroses secondaires, succédant à l'infection, dans lesquelles l'arthritisme ou bien telle autre tare dégénérative apporte sa caractéristique, en faisant dévier les processus vers la sclérose. »

« Enfin j'y ajoute, ce qui a été précisé ici, les processus fibreux chroniques du col dus au traumatisme cervical compliqué d'infection : lacérations du col, clous fibreux de l'angle cicatriciel, etc. ; et les traumatismes d'un autre genre, tels que les cautérisations répétées et l'effet des caustiques violents sur l'ectropion. »

« Je crois faire ainsi une part légitime à chacun des éléments étiologiques, et répartir à chacun d'eux le rôle qui lui revient, tout en repoussant une doctrine trop absolue dans laquelle le rôle essentiel reviendrait à la diathèse. »

Les notes historiques et critiques qui précèdent n'ont malheureusement pu aboutir à l'établissement d'une doctrine positive ; mais, en procédant par sélection ou plutôt par élimination, on peut sans doute en concevoir une impression assez favorable à la réalité anatomique et clinique des scléroses de l'utérus indépendantes de l'inflammation. On admettra peut-être aussi l'action étiolo-

gique de certaines constitutions morbides qu'il s'agit de déterminer d'une façon précise, à l'aide, non plus de l'induction ou de raisonnements d'une nature trop philosophique, mais à l'aide d'observations bien démonstratives.

La science médicale moderne a d'autres exigences encore, et il faudra, malgré tout, accorder que, tant que l'étude microscopique n'aura pas dit son mot, l'opinion restera indécise. Or là, je ne saurais trop le répéter, gît la principale difficulté.

Au demeurant, il importe d'essayer dès maintenant un groupement basé sur les probabilités de la clinique.

On peut diviser les scléroses utérines en *Scléroses inflammatoires* et *Scléroses non inflammatoires*, autrement dit d'origine infectieuse et d'origine non infectieuse.

*
* *

SCLÉROSES INFLAMMATOIRES INFECTIEUSES

Cette sclérose utérine évolue à titre d'élément intégrant de l'inflammation.

C'est un détail obligatoire du processus de toute métrite à la période d'acuité et de subacuité. Cette sclérose disparaît le plus habituellement avec l'inflammation, laissant les tissus intacts.

Parfois, au contraire, elle aboutit à l'induration atrophique, lorsque les éléments nobles, glandes, vaisseaux, muscles, ont été comprimés et étouffés par la rétraction des éléments conjonctifs néoformés : c'est un véritable processus de cicatrice qui termine cette évolution, qu'on peut appeler à bon droit métrite interstitielle.

Il ne faudrait pas croire que la métrite la plus simple, la plus banale, puisse aboutir à une pareille terminaison. Les faits que j'ai observés m'ont démontré que les phlegmasies utérines qui ont pris naissance dans une infection d'origine puerpérale, ou dans une autre infection grave, prolongée, sont surtout susceptibles d'une telle évolution.

Dans cette conception, soutenue déjà par Scanzoni à l'aide de

l'examen anatomique, et qui se trouve d'accord avec les faits, toutes les circonstances concordent pour amener une perturbation profonde dans la nutrition de l'utérus et partant dans sa structure. La métrite post-puerpérale ou post-abortive fournit donc le type classique.

Tout d'abord, l'infiltration rapide du tissu utérin, occupant la totalité ou seulement une région de l'organe, mais affectant l'intégralité des tissus dans la zone atteinte, est la conséquence directe de l'état de souplesse gravidique de ces tissus, du remarquable développement des lymphatiques et des vaisseaux sanguins.

En second lieu vient l'arrêt de l'involution et la permanence des éléments de désintégration qui encombrent la masse utérine, ainsi que la poussée énorme des éléments jeunes de remplacement.

Ces thromboses, fréquentes dans le système veineux utérin, péri-utérin ou même pelvien, qui suffiraient, à elles seules, à défaut d'infection interstitielle, à créer une stase utérine très certaine, véritable métrite torpide avec engorgement, se caractérisent par l'excès de volume persistant, l'empâtement et la déformation de l'utérus.

Quand on examine de tels cas, presque toujours, quelques semaines après les couches et une fois la période aiguë de l'infection passée, on est frappé par la coloration rouge violacée des muqueuses et l'espèce d'œdème qui occupe le revêtement vaginal du museau de tanche.

L'utérus, au lieu de sa forme normale en sablier, semble devenu cylindrique ou piriforme, parfois ovoïde ; entre le col et le corps, le toucher ne perçoit plus l'amincissement caractéristique de la région de l'isthme. Celle-ci est empâtée dans tous les sens, élargie, épaissie d'avant en arrière.

La cavité est normale ou augmentée de longueur : elle est surtout spacieuse. L'orifice interne est large et se laisse franchir par des sondes d'assez gros calibre.

Mais ce qui est caractéristique, c'est l'épaississement du stroma musculaire. J'ai relevé des observations dans lesquelles j'ai noté la consistance ligneuse du tissu utérin, sa compacité dans d'autres, et surtout la différence évidente entre ces états et l'état habituel.

Pourquoi faut-il considérer ces apparences comme quelque

chose de spécial, qui n'est pas uniquement sous la dépendance de l'état inflammatoire créé par l'infection ? C'est qu'en réalité ce sont là des exceptions, presque des raretés, ce qui indique bien qu'il faut une disposition toute particulière pour les produire ; car, dans la plupart des infections génitales du post-partum, les altérations de l'organe utérin sont très loin d'être semblables à celles que je viens d'esquisser et souvent l'aspect et les caractères physiques de ce dernier sont très peu modifiés. Elles ont en outre, tendance à disparaître assez vite.

C'est donc bien là une poussée d'allure comparable à celle de la sclérose.

Ce qui différencie cette variété de la non infectieuse, c'est la durée relativement courte de son évolution et son aboutissement rapide à l'induration atrophique.

Si l'on examine anatomiquement des utérus affectés de sclérose consécutive à une métrite infectieuse, on constate que l'utérus volumineux est d'une consistance très ferme. A la coupe, on éprouve une certaine difficulté à l'entamer. L'examen de la surface de la coupe montre que la couleur rosée normale du stroma utérin a été remplacée par une coloration blanc mat, et la coupe est parsemée de nodules sectionnés, arrondis, à lamelles concentriques, ayant un aspect nacré brillant qui ont absolument l'apparence de coupes de fibroïdes minuscules. L'étude histologique montre que le centre de ces nodules est occupé par une artériole dont les parois sont énormément épaissies, parfois partiellement ou totalement oblitérées sous l'effet de la rétraction exercée par les gaines fibreuses superposées qui les enserrent. « Ces foyers étendus de sclérose insulaire, périartériels — dit Pilliet — sont la caractéristique de cette forme de métrite. Sur des coupes larges, les pelotons de vaisseaux sclérosés offrent une grande ressemblance avec ceux que l'on trouve constitués par les artères altérées au centre des ovaires scléro-kystiques. Tout autour des foyers scléreux, on trouve de l'atrophie du muscle et la transformation fibreuse du tissu conjonctif proliféré, dans lequel les lymphatiques sont très élargis ». L'augmentation de volume du corps utérin n'est donc déterminée que par la prolifération conjonctive, car le tissu musculaire, au contraire, est en général atrophié. Il

existe naturellement une période où l'on retrouve encore, dans ces utérus scléreux, des traînées inflammatoires récentes et des dilatations vasculaires sous-muqueuses.

Pour les lésions scléreuses liées à la métrite cervicale, j'ai déjà, depuis plus de dix ans, montré que le processus était identique à ce qui précède. Il s'y ajoute de la sclérose des parois glandulaires et la cervicite scléro-kystique résulte ici d'un phénomène d'atrésie des conduits excréteurs des follicules qui met obstacle à l'écoulement du mucus sécrété. C'est à l'angle des lacérations cervicales que l'on rencontre les lésions typiques de ces altérations.

A. Petit a signalé récemment, après tous les histologistes qui ont étudié la métrite cervicale, le phénomène de l'épaississement scléreux des vaisseaux qu'il appelle *endopérivascularite*.

Il est d'ailleurs, pour la description du processus scléro-glandulaire, tout à fait d'accord avec les premiers travaux sur la question.

Sur un point, cependant, il nous apporte une note nouvelle qui complète ce que nous savions sur la disparition des masses muqueuses enkystées et l'atrophie des follicules ectasiés.

Pour moi, dans la plupart des cas, le processus d'atrophie qui succède aux énormes hypertrophies des cols dès longtemps enflammés, dépend de la rétraction concentrique des couches scléreuses qui environnent les follicules dilatés. Ce processus est d'autant plus avéré qu'à bien considérer l'évolution de la maladie, on reconnaît qu'elle manifeste sa forme la plus accentuée vers la ménopause, qui ne tarde pas à être suivie de l'atrophie totale de l'utérus. C'est donc dans un phénomène d'ordre physiologique que je trouverais le complément de la marche naturelle du processus scléreux.

Petit décrit ainsi l'altération glandulaire. « Lorsque le mucus séjourne dans les conduits glandulaires, il n'est pas rare de voir les leucocytes le pénétrer en tous sens. Dans ces conditions, le revêtement cellulaire est toujours altéré ; au début il prolifère, mais, au contact des produits de sécrétion il s'aplatit, se nécrose et finit par se réduire à une lame de protoplasma renfermant des noyaux racornis.

Lorsque la rétention est définitivement établie, la cavité kystique perd définitivement son épithélium et n'est plus limitée que

par du tissu conjonctif infiltré ; ce dernier se met à proliférer à son tour, et envahit progressivement la masse muqueuse qui s'organise de cette façon et à laquelle il se substitue finalement ». C'est cette endofolliculite proliférante qui, je l'avoue, a échappé à mes nombreux examens histologiques et qui représente un processus curieux de la disparition des follicules altérés.

***

SCLÉROSES NON INFECTIEUSES.

SCLÉROSES ATROPHIQUES CONSÉCUTIVES A L'EMPLOI DES CAUSTIQUES DANS LA CAVITÉ UTÉRINE.

Cette variété s'observe au corps et au col de l'utérus ; dans cette dernière région surtout.

Tout exceptionnelle qu'elle soit dans le corps de l'organe, elle existe et j'en ai observé entr'autres un cas remarquable. Il s'agit d'une jeune Espagnole traitée, pendant une année, pour un catarrhe utérin et des ménorrhagies, par des injections intra-utérines de teinture d'iode pure.

L'organe, après avoir présenté un volume considérable, s'était réduit au point de prendre la forme et la consistance d'un cylindre ligneux dont l'épaisseur ne dépassait pas celle du doigt et dont la dureté était extrême.

Chaque période menstruelle amenait des douleurs excessivement vives et continuelles pendant plusieurs jours. Les règles, d'abord très peu abondantes, avaient fini par se suspendre presque entièrement. Les douleurs n'en persistaient pas moins lorsque revenait l'époque correspondante à la menstruation. La jeune fille était devenue très nerveuse et avait maigri d'une façon inquiétante. Plusieurs années plus tard, la situation était la même et il n'y avait nulle apparence que la lésion définitivement créée eût la moindre tendance à se modifier.

Dans le *col*, les phénomènes ont été étudiés histologiquement

avec les détails les plus précis, grâce à des pièces obtenues soit par l'amputation haute du cervix entièrement dégénéré, soit par l'hystérectomie vaginale totale. C'est surtout à la suite de cautérisations violentes au moyen du chlorure de zinc, du cautère actuel ou de l'électrolyse, que les processus scléreux avaient pris naissance, assez graves parfois pour avoir amené des atrésies utérines complètes.

On conçoit aisément qu'une cause capable de rétracter un tissu et de l'altérer à ce point qu'il se trouve converti en une masse qui paraît dépourvue de circulation et presque de vitalité, est, de sa nature, inapte à imprimer à ce tissu une évolution dans le sens de l'hypertrophie, c'est-à-dire de cette augmentation de volume, de cette hyperplasie de tous les éléments anatomiques qui semble réclamer au contraire un maximum d'excitation trophique à laquelle les nerfs et les vaisseaux prennent la principale part. L'observation que je viens de faire et qui paraît inutile, si l'on raisonne, se trouve confirmée par une opinion émise également par M. Petit au sujet des formes hypertrophiques de la cervicite. « Avant d'en finir avec ce qui a trait aux altérations bénignes « du col, dit Petit, je dois donner quelques indications sur l'état « du col dans certaines cervicites rebelles. A la suite d'inflam- « mations prolongées, de traitements trop énergiques (cautéri- « sations, caustiques), les lésions peuvent acquérir une intensité « telle que la réintégration est impossible. Dans ces conditions, à « l'inverse de ce qui se passe dans les cas suivis de guérison, le « tissu réactionnel ne subit pas de métamorphose régressive ; au « contraire, il revêt une forme de plus en plus organisée et finit « par se transformer en tissu de sclérose qui donne au col une « consistance ligneuse ; la muqueuse n'est plus représentée que « par quelques éléments cellulaires ; la plus grande partie n'est « composée que par du tissu lamineux dont les fibres sont orien- « tées en divers sens ; les vaisseaux ont également leurs parois « fortement sclérosées. »

Pour résumer ce qui a trait aux scléroses utérines consécutives à l'action des agents caustiques qui agissent comme l'inflammation, il est nécessaire de dire que l'étude consciencieuse qui en a été faite par de nombreux histologistes concorde pour juger que ces altérations évoluent de bonne heure, et très vite après la

période congestive aiguë, dans le sens de l'atrophie et de l'induration.

On peut suivre, en quelque sorte, les étapes diverses du mal, qui se succèdent sans discontinuité : phase d'irritation initiale — phase de poussées de congestion hypertrophique récidivante, tant que la cause est susceptible d'agir, — et phase terminale de sclérose atrophique.

SCLÉROSE UTÉRINE D'ORIGINE TUBERCULEUSE, SYPHILITIQUE, ALCOOLIQUE.

Tuberculose. — Malgré la rareté de la tuberculose utérine, qui, d'après Cornil, ne serait qu'exceptionnellement primitive, ce que toutes mes observations me permettent de confirmer pleinement, à l'encontre de l'opinion inverse qui tend à considérer cette affection comme fréquente dans la matrice, on ne peut douter de l'existence de quelques cas bien avérés et étudiés avec toute la compétence nécessaire.

La tuberculose cervicale se présente tantôt sous forme d'infiltration du stroma musculaire et du derme muqueux, tantôt sous forme d'ulcérations typiques siégeant sur le museau de tanche et remontant parfois dans la cavité cervicale.

Le phénomène de la tuberculisation simple de l'utérus n'est pas ici d'une importance essentielle ; ce qui nous intéresse spécialement, c'est l'invasion rapide et progressive de l'organe par un processus scléreux diffus, réalisant assez bien les lésions de la métrite chronique, et au milieu duquel se dissimulent parfois de très rares follicules tuberculeux. Il est vrai que, par contre, les granulations spécifiques peuvent se trouver abondantes ; mais cette éventualité, d'ailleurs moins rare que la précédente, fournit vite la caractéristique du processus tuberculeux et il ne saurait y avoir doute longtemps sur sa nature réelle.

C'est donc plutôt la forme à tendance scléreuse diffuse prédominante, et avec granulations spécifiques rares, que je veux envisager. C'est elle, en effet, qui peut prêter longtemps à un doute

sur le diagnostic précis de l'altération des tissus. C'est une des variétés de sclérose utérine qui doivent être le plus souvent méconnues, car elle peut coïncider avec les toutes premières phases d'une tuberculisation pulmonaire encore mal précisée ou non soupçonnée.

Que l'hyperplasie conjonctive, avec tendance à l'envahissement du parenchyme par un processus sclérogène, soit un fait commun dans le poumon, le larynx, etc., cela est hors de doute : Grancher l'a établi pleinement pour le poumon. J'ai moi-même, en 1878, publié, dans une étude sur la sclérose tuberculeuse du larynx, des faits qui tendaient à démontrer que l'alcoolisme, lié à la tuberculose, prédispose singulièrement au processus fibreux et semble imprimer au tubercule une marche plutôt sclérosante diffuse.

Tout tubercule, on le sait, marche dans le sens de la caséification à son centre, et de l'hyperplasie fibreuse à sa périphérie. Suivant la prédominance de l'un sur l'autre de ces deux processus, l'évolution diffèrera.

Le processus de sclérose est bien évidemment l'altération de défense et de circonscription des lésions destructives, l'altération minima. C'est même pour Grancher et Charcot un processus curatif.

On peut bien, par conséquent, concevoir que l'amorce de quelques follicules spécifiques noyés dans le stroma de l'utérus soit susceptible d'y développer un effort réactionnel intense et de créer des zones de défense plus ou moins étendues au pourtour et aux environs des foyers minuscules. Ceux-ci seront très rapidement circonscrits et étouffés par un processus fibreux destiné à devenir prédominant et seul apparent à une période assez rapprochée du début.

Des poussées successives et discrètes de tuberculisation ramèneront les mêmes phases d'hyperplasie fibreuse, et ainsi se trouvera réalisé le tableau de certaines hypertrophies utérines avec tout le cortège des symptômes qui s'y rattachent : congestions, ménorrhagies, métrorrhagies, leucorrhée, douleur, tension, etc.

Ce ne sont point là des hypothèses et la vérification de ces faits a été faite avec toute la précision désirable. J'ajoute que si pour la plupart des cas, la lésion utérine finit par se juger à l'oc-

casion de la marche envahissante de la tuberculisation pulmonaire, à laquelle il n'est plus, dès lors, difficile de rattacher l'affection utérine, il reste néanmoins une catégorie de cas, dont la proportion est difficile à établir, dans laquelle la scléro-tuberculose utérine évolue comme une tuberculose locale, dans le sens de la guérison. De même, du côté des poumons, du péritoine ou de l'intestin, les lésions évoluent avec une lenteur parfois observée en clinique et finissent par somnoler et s'éteindre.

L'épine caractéristique, l'élément tuberculeux, aura disparu dans l'utérus comme ailleurs ; seul le processus conjonctif, la sclérose, persistera et marchera dans le sens de pseudo-hypertrophies, en poursuivant le cycle de son évolution habituelle pour aboutir à l'atrophie définitive.

Syphilis. — L'action de la *syphilis*, pour produire la sclérose de l'utérus, n'est pas toujours aisée à mettre en évidence. Personne ne songe cependant à nier cette influence, quand il s'agit du testicule syphilitique, de l'induration des parois artérielles, de la moelle. La difficulté ici est de démontrer la filiation entre les accidents spécifiques primitifs ou secondaires, observés en dehors de l'utérus, et la lésion scléreuse précoce ou tardive de la matrice. La clinique cependant ne saurait abdiquer son droit d'envisager rationnellement les faits d'ordre général qui militent en faveur de certains cas de localisation syphilitique tardive dans l'utérus.

Après les constatations anciennes d'Astruc, celles de Witehead, de Fournier, etc., on ne peut douter de la fréquence relative du chancre syphilitique du col.

C'est là un premier point acquis ; et fût-il le seul, qu'il suffirait à expliquer les modifications scléreuses qui surviennent dans le segment inférieur de l'utérus, chez les femmes qui ont présenté au col une lésion primitive avérée.

La grossesse, dans de telles conditions, agit sur le cervix syphilitique pour en augmenter la consistance et le volume, au point de créer une rigidité pathologique spéciale, étudiée avec faits et pièces à l'appui, tout d'abord en Italie et par moi-même. On en trouve une bonne description dans la thèse de Ménard, de Bor-

deaux, où se trouvent relatées mes observations personnelles, tout-à-fait nouvelles à cette époque (1883).

Si l'on peut accepter que la gestation a donné un coup de fouet à la lésion et l'a poussée au point d'amener une forme spéciale de dystocie, on ne saurait douter que, sans l'addition du processus syphilitique, rien de semblable ne se serait produit.

Peut-on douter davantage de l'influence que doit exercer telle ou telle condition défectueuse ou morbide de l'appareil génital pour localiser et aggraver la syphilis dans le col ? Et le prolapsus utérin, antérieur à la contagion spécifique, par exemple, par l'hypostase qu'il crée et qu'il entretient ne saurait-il jouer ce rôle ? Pour ma part, je n'en doute pas.

J'ai observé une femme de quarante ans que j'eus à soigner en 1884 pour un chancre induré du cervix, en même temps que je soignais son mari pour des accidents secondaires variés. Elle m'avait consulté antérieurement, à l'occasion d'un léger degré de prolapsus avec cervicite catarrhale légère, sans hypertrophie notable du col. Je possédais donc des notions très précises sur ce cas. Deux ans après le début des accidents spécifiques, elle revint me consulter, ayant, d'ailleurs, très mal et très irrégulièrement suivi son traitement. Elle avait fréquenté l'hôpital Saint-Louis pour des lésions tertiaires nécrosantes du nez et de la voûte palatine.

Elle venait me demander avis sur l'état de ses organes génitaux dont elle souffrait.

Je trouvai un col régulièrement cylindrique, énorme, saillant de 5 à 6 centimètres à la vulve, figurant une verge véritable, d'une consistance extrêmement dure. Je n'ai jamais observé un aspect semblable du col utérin, même dans les allongements hypertrophiques les plus accentués. L'orifice externe présentait un léger ectropion. Je ne doutai pas que la syphilis n'eût joué un rôle prépondérant dans cette transformation.

J'en pus douter moins encore, à la narration qui me fut faite par la malade, des accidents nombreux et graves du côté de la peau et des muqueuses qui avaient coïncidé avec le commencement de la transformation du col vers l'état actuel.

Un traitement spécifique énergique a modifié remarquablement, dans un court espace de temps, les troubles divers en évolution.

Le col utérin s'est transformé d'une façon surprenante et, au bout de quelques semaines, il avait diminué notablement de volume et de consistance.

Dans des cas beaucoup moins accentués, mais qui néanmoins présentaient une hypertrophie tout à fait hors de proportion avec la marche de la cervicite simple, la syphilis récente ayant très vraisemblablement touché le tissu utérin, les altérations du stroma étaient un peu différentes.

Chez la nommée C., âgée de vingt-six ans, syphilitique depuis deux ans, le cervix considérablement hypertrophié, douloureux et sujet à des poussées congestives fréquentes, fut enlevé par une opération plastique. L'examen pratiqué par M. Bourges du tissu consistant et induré, a bien montré une hyperplasie conjonctive marquée dans le stroma, principalement au pourtour des parois glandulaires des vaisseaux ; mais, à côté de cette altération, il semblait exister une poussée parallèle d'hyperplasie des éléments musculaires. Ceci ne prouverait rien d'ailleurs contre la nature syphilitique de la lésion qui, chez C., était à un stade peu avancé.

Des gommes syphilitiques ont été observées dans l'utérus et ont laissé, à leur suite, des nodules fibreux d'un assez gros volume.

Beaucoup d'auteurs enfin, les allemands surtout, ont inscrit, en connaissance de cause, la syphilis comme cause de certaines variétés de métrite affectant l'allure des inflammations *interstitielles*, vocable qui se rendrait mieux par le mot *scléreuses*. Ce n'est donc pas une notion absolument nouvelle, comme certains paraissent le croire. Le seul élément nouveau de la question consiste dans la tentative d'un groupement synthétique des scléroses, dans lequel la syphilis trouve une place légitime.

Alcoolisme. — L'*alcoolisme* entache les viscères de l'organisme et amène, à la longue, le remplacement des éléments nobles des parenchymes par des éléments conjonctifs, indice de la déchéance du tissu. Le foie, le rein, la paroi des vaisseaux, etc., subissent cette influence au premier chef.

Les appareils glandulaires de la peau, le derme cutané, les capillaires eux-mêmes paraissent affectés sans conteste, chez les al-

cooliques chroniques qu'une prédisposition arthritique ou un état névropathique prépare à ce genre de manifestations. L'acné rosacée, les hypertrophies folliculaires, les indurations verruqueuses du nez à apparence bourgeonnante, font partie des affections les plus vulgairement attribuées à l'alcoolisme. Nul doute que la combinaison de cette cause avec la syphilis ne doive exagérer la prédisposition à ces lésions et accentuer l'infiltration scléreuse des tissus qui en est la caractéristique anatomique dominante.

Chez la femme, il me paraît certain que l'alcoolisme influe notablement sur le cervix utérin. Il devient le facteur essentiel de ces folliculites accentuées qui doublent et triplent même le volume du col de la matrice. Je n'ai pas voulu dire autre chose, quand j'ai parlé, à la Société de Gynécologie, de l'influence de l'alcoolisme. Cela ne signifie pas que j'accepte l'idée d'une *métrite alcoolique*, conclusion plaisante qu'on semblait tirer de mon opinion ; cela signifie que la muqueuse du col utérin, en raison de sa structure, est susceptible de traduire les méfaits d'une diathèse bien connue dans ses effets sclérosants et irritants pour les appareils sécréteurs, au même titre que le tégument cutané ou que telle autre muqueuse.

C'est même dans l'étude des cas qui présentent cette altération au suprême degré, que l'esprit sent la nécessité de rechercher une étiologie autrement spéciale que la vulgaire métrite, pour arriver à un classement satisfaisant.

C'est aussi dans de telles conditions que j'ai été amené à cette conclusion que l'alcoolisme, surtout quand il s'allie à l'herpéto-arthritisme, est susceptible d'amener certaines variétés d'hypertrophie du col, en affectant autant les follicules que le stroma. Et c'est parce que j'ai relevé des observations nombreuses et particulièrement probantes, que je juge bon de marquer nettement cette particularité. D'ailleurs le processus est le même : envahissement de la charpente musculaire du cervix par l'élément fibreux, infiltration scléreuse des parois vasculaires, atrésie des conduits excréteurs, kystes folliculaires. La lésion ne diffère pas de ce qu'elle est dans la cervicite inflammatoire simple, ou consécutive aux cautérisations violentes. Mais, justement, ces facteurs étiologiques faisant défaut dans les cas auxquels je fais allusion, il faut, de toute nécessité, exonérer l'altération sclé-

reuse inflammatoire et rechercher une autre cause moins saisissable, il est vrai, mais dont l'action n'est pas contestable.

Arthritisme, herpétisme, alcoolisme, constituent une trilogie étiologique qui répond suffisamment au desideratum poursuivi.

*
* *

Me voici ramené aux scléroses essentielles, par une gradation progressive dans le classement des scléroses utérines.

La question soulevée récemment se présente avec toutes ses difficultés, mais néanmoins avec quelque apparence de clarté, en raison de ce qu'elle se trouve d'ores et déjà dégagée et séparée des catégories attribuables à d'autres causes pathogéniques dont la sclérose est la principale conséquence.

En rattachant la sclérose à l'arthritisme, à la constitution nerveuse, Richelot n'a fait que montrer un genre spécial de scléroses, tandis que je me suis efforcé de mettre en relief les autres variétés différentes qui côtoient l'arthritisme ou s'associent à lui.

Nous allons pénétrer maintenant dans le domaine de la sclérose utérine sans épithète, dans lequel doivent rentrer toutes les hypertrophies utérines, à type fibreux, qui ne dépendent ni de l'infection, ni du traumatisme, ni du tubercule ou de la syphilis.

Dans ce groupe, nous trouvons les allongements hypertrophiques du segment cervical, comme aussi les cas d'hypermégalie utérine, distincte de la fibro-myomatose, et qu'on a appelée gigantisme utérin.

ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE DE L'UTÉRUS DE NATURE SCLÉREUSE, GIGANTISME UTÉRIN.

C'est une affection certainement complexe, dans laquelle l'élongation caractéristique de l'isthme utérin n'apparaît que lorsque l'atrophie a succédé à la phase hypertrophique.

L'appareil vasculaire y joue un rôle notable.

Les conditions statiques n'y sont point étrangères : le prolap-

sus, la rétrodéviation s'associent fréquemment sinon toujours à une semblable altération.

Les tractions mécaniques dues au poids de l'organe déplacé et congestionné, exercées au moment des efforts, sur les ligaments et les vaisseaux, doivent aussi avoir leur part à cette étiologie.

Le système nerveux qui préside au trophisme de l'appareil génital paraît en fait devoir être mis aussi en cause.

Voilà tout autant de facteurs qui viennent agir sur un organisme prédisposé par la tare arthritique et dont l'action se révèle avec une clarté suffisante, si l'on veut substituer, à ce terme vague d'arthritisme, le mécanisme pathologique suivant lequel agit la tare héréditaire ou acquise.

Que des dégénérées ayant hérité des prédispositions morbides des ascendants offrent un terrain favorable aux néoplasies ; qu'elles présentent du ralentissement nutritif, des troubles nerveux, moteurs et trophiques ; et, en même temps, un appel à la localisation utérine, du fait de traumatismes obstétricaux ou de surmenage causé par des grossesses successives, avec involutions troublées et imparfaites..., et nous trouvons réunies des conditions suffisantes pour la réalisation des élongations atrophiques du segment cervical.

Nous comprendrons un peu plus difficilement le gigantisme du corps de l'utérus, pour lequel doit s'ajouter nécessairement semble-t-il, la tare à l'hérédité néoplasique. Les filles de cancéreux, de fibromateux, d'herpétiques, n'apportent-elles pas une prédisposition suffisante à la néoplasie véritable qu'est l'hypertrophie fibreuse diffuse de l'organe utérin ?

Voyons ce que dit l'anatomie pathologique.

Ce qui ressort de plus net des études anciennes sur l'élongation du col, c'est l'affaiblissement et l'ectasie vasculaires, avec l'atrophie des éléments musculaires au profit des éléments conjonctifs, dans le stroma utérin. Ces processus pourraient suffire à la réalisation de la double lésion successive : hypertrophie initiale et atrophie définitive.

A. Petit a exprimé une opinion nouvelle, quant au détail des lésions propres à l'*élongation du col.*

Pour lui, malgré qu'il fasse une réserve d'ordre général, cette affection est liée à la métrite, et l'altération qui caractérise le tissu

cervical dans ce cas, ne diffère pas des processus inflammatoires cervicaux. « On peut résumer, dit-il, les modifications du col dans l'élongation, en disant que celles-ci rentrent dans la catégorie des altérations métritiques, et la plupart des tissus qui entrent dans la constitution normale du col sont hypertrophiés (glandes, muscles, tissu conjonctif), sans toutefois que les rapports réciproques de ces divers éléments subissent des changements sensibles ; ce qui frappe surtout, c'est le développement exagéré du tissu lamineux ainsi que l'accroissement du système vasculaire. »

Il est difficile de ne pas apercevoir, dans cette phrase, une apparence de contradiction qui se caractérise mieux si l'on envisage la description de détail et les commentaires dont l'auteur la fait suivre.

« Dans la seule observation d'élongation du col que j'ai eu l'occasion d'étudier histologiquement et qui rentre d'ailleurs dans le schéma des descriptions classiques, j'ai trouvé, en somme, ce *tableau* de la métrite : épaississement du tissu épithélial, hyperkératinisation de ce tissu, hypertrophie notable des papilles dermiques. Le stroma a complètement changé de physionomie : un tissu formé de fibres lamineuses, serrées et résistantes, parsemées de noyaux longs et minces, s'est substitué au stroma lâche, à cellules arrondies, de l'état normal. En outre, des *cellules inflammatoires* se sont infiltrées par places, en particulier au voisinage de la couche de Malpighi et autour des glandes. Les vaisseaux participent également à ce processus de *sclérose* ».

Ce que je veux critiquer, c'est l'assimilation qui paraît être acceptée entre l'inflammation et la sclérose. Or ce point ne se peut juger par l'anatomie pathologique seule, telle qu'elle nous est ici dépeinte. La prolifération cellulaire peut être simplement fonction du processus scléreux à son stade initial, sans qu'aucun élément d'infection, suivi d'un processus inflammatoire, ait existé dans l'organe. J'ai constaté le fait chez des vierges et chez des jeunes filles qui n'avaient jamais été affectées de métrite. Je l'ai constaté indubitablement encore dans un cas d'élongation hypertrophique observé chez une fille nouveau-née, affectée en même temps de spina bifida. Le processus scléreux pur, le processus hypertrophique, dégagés de toute inflammation, ne sauraient d'ailleurs procéder autrement.

Quant aux glandes que A. Petit a trouvées en état de prolifération active, avec des amas de mucus distendant leurs conduits, elles ont, en effet, subi, dans ce cas, l'altération propre au catarrhe simple, sans que le substratum sécrétant ait été modifié. Or le catarrhe ne se sépare guère de l'hypertrophie scléreuse simple du col. Je pense donc déjà que la proposition énoncée au début ne se trouve nullement justifiée par le détail des lésions, et que l'élongation du col doit rester distincte de la métrite. Ce serait exagérer la conclusion que de déduire d'une similitude partielle des lésions, l'identité pathogénique et nosologique.

Reste d'ailleurs tout ce qui concerne les vaisseaux.

Petit a noté l'accroissement du tissu vasculaire. Cette lésion a été constatée depuis longtemps par le simple examen macroscopique. Pour ma part, j'ai observé, dans les cas d'élongation, une ectasie veineuse généralisée, à laquelle s'ajoute, le plus souvent, un développement anormal du système capillaire. Les parois vasculaires sont plutôt d'épaisseur normale ou amoindrie, mais, en revanche, l'envahissement de la tunique moyenne par le tissu conjonctif et l'atrophie du tissu musculaire caractérisent bien la sclérose dont ces parois sont atteintes. A la vérité, ce n'est là qu'une des formes nombreuses des lésions qui se rencontrent dans la métrite cervicale dite *avec allongement*. On peut la rapprocher des altérations télangiectasiques.

Dans d'autres cas, l'épaississement vasculaire et la raréfaction circulatoire par compression existent manifestement.

Pour expliquer ces faits, il faut rechercher une pathogénie qui me paraît encore fort obscure.

Tout aussi obscur et tout à fait comparable à l'élongation est le prolapsus total observé chez des vierges, ainsi que j'en ai relevé trois observations. Le relâchement des ligaments et des vaisseaux de l'utérus est évidemment dominé ici par une cause d'atrophie générale, une tendance précoce à l'envahissement des tissus musculaires par le tissu conjonctif. Si l'on examine, dans ces cas, le col et la paroi vaginale, on est frappé d'y trouver les mêmes altérations histologiques. Dans les deux cas que j'ai opérés et dont j'ai pu pratiquer l'examen, les tuniques musculaires vaginale et cervicale étaient noyées dans des amas de tissu conjonctif jeune et adulte ; les vaisseaux étaient énormément disten-

dus. La couche cornée de la muqueuse externe était épaissie et hyperkératinisée. L'appareil folliculaire de l'endométrium cervical était énormément développé.

Il faut conclure de ce qui précède : d'abord que la sclérose essentielle, ou, pour mieux dire l'atrophie musculaire remplacée par l'hyperplasie conjonctive, dans les muscles et dans les parois des vaisseaux, constitue le fond anatomique de l'allongement du col, qu'on le qualifie d'hypertrophique ou d'atrophique ; ensuite que le système nerveux trophique met en mouvement le processus, le dirige, le ralentit ou l'excite, suivant les conditions qui l'impressionnent lui-même.

Il resterait à établir la caractéristique anatomique du *gigantisme utérin*.

S'agit-il de myomatose diffuse, de fibromatose diffuse dans le sens néoplasique et formateur, ou de sclérose hypertrophique à terminaison nécessairement atrophique ?

Il me semble qu'on s'est peu préoccupé de ce point.

Il n'en reste pas moins que nous ne pouvons admettre que les deux formes se confondent. Il y a entre elles toute la différence du néoplasme à la dégénérescence atrophique, autrement dit la barrière qui sépare la tumeur d'avec l'hyperplasie simple du tissu banal qu'est le tissu conjonctif.

N'ayant pu étudier directement un seul cas de gigantisme utérin pur, je me suis efforcé de trouver la différence dans la texture du tissu fibromyomateux qui constitue le stroma hypertrophié, mais non néoplasique, des parois de l'utérus, enveloppant, engainant les nodules vraiment fibreux et néoplasiques de cet organe.

Le doute que j'ai émis au sujet de la difficulté d'établir avec précision la distinction entre le tissu conjonctif jeune, formé d'éléments fibro-plastiques à noyau allongé, et le tissu musculaire lisse, doit maintenant disparaître devant les résultats d'une technique assez récente qui paraît donner toute satisfaction pour cette différenciation histologique.

Toutefois, les études que j'ai entreprises à cet égard avec mon interne M. Oppenheim, ne sont pas suffisamment avancées pour que j'en puisse tirer ici des conclusions précises et définitives. Ce paragraphe reste donc entièrement réservé.

Symptômes des Scléroses utérines.

Le plan que j'ai adopté pour faire figurer logiquement, dans un tableau rapidement ébauché, les variétés les mieux connues de la sclérose de l'utérus, avait pour unique base l'étiologie contrôlée par l'anatomie pathologique.

Pour l'analyse sommaire des symptômes, je laisserai volontairement de côté tout ce qui est lié aux processus morbides initiaux, d'où dérive la dégénérescence fibreuse, pour me borner strictement aux phénomènes qui dépendent exclusivement de celle-ci.

Ce sont :

1° les troubles sécrétoires liés aux lésions glandulaires ;

2° les troubles circulatoires liés aux lésions vasculaires ;

3° les changements de forme dépendant de l'atrophie du tissu musculaire ;

4° les changements de volume qui sont la conséquence des trois facteurs précédents isolés ou associés ;

5° enfin les phénomènes douloureux associés aux lésions névro-musculaires.

Avant d'envisager successivement ces points, je ferai remarquer encore une fois qu'il n'est pas un seul de ces symptômes qui ne puisse appartenir à l'inflammation vraie, à la métrite d'origine infectieuse, bien que, dans l'énumération, figurent des variétés de scléroses qui n'ont rien à voir avec l'inflammation. Je constate aussi, par avance, que certains autres de ces symptômes, comme l'augmentation de volume de l'organe et les métrorrhagies, appartiennent à une néoplasie vraie, la fibromyatose.

Cette considération, que ni la clinique ni l'étude anatomique ne peuvent démentir, juge, à mon sens, les équivoques qui sont nées d'appréciations trop vagues ou trop absolues sur l'assimilation ou la distinction à établir entre la métrite et la sclérose.

Troubles sécrétoires.

Ils consistent, pour l'utérus, tout d'abord dans l'hypersécrétion muqueuse ou leucorrhée ; — dans la raréfaction de la sécrétion,

ou tout au moins, dans son intermittence, à la période de formation des kystes folliculaires ; — dans la suppression de toute sécrétion à la phase ultime d'atrophie et de destruction des glandes.

Ce trouble dépend exclusivement du col utérin et est généralement lié à l'ectropion.

On ne peut guère attribuer la leucorrhée qui témoigne d'une excitation anormale de l'épithélium sécrétant et d'une multiplication de la surface sécrétante par extension et bourgeonnement glandulaire de cette surface, au processus scléreux lui-même. Bien au contraire, il faut convenir que si la muqueuse n'éprouvait aucun autre changement dans sa structure que celui qui cadre avec le mécanisme de l'hypersécrétion, il faudrait éliminer toute idée de sclérose. Mais ce n'est là qu'un premier stade qui témoigne d'une action morbide encore localisée à un seul élément anatomique, l'épithélium, ou l'appareil vasculaire. Les glandes et le réseau capillaire muqueux de l'utérus sont impressionnés, comme sont impressionnés les mêmes éléments dans la conjonctive, les muqueuses nasale, laryngée, labiale, etc., chez les strumeux, les herpétiques, les arthritiques. Définir la matière peccante, l'*irritus* spécial, est précisément le point délicat. On le soupçonne, on l'admet et il faut bien l'admettre ; voilà l'essentiel.

A l'hypersécrétion succède la période kysto-folliculaire. Nous sommes ici en pleine sclérose oblitérante. Le processus occupe les parois des conduits sécréteurs ou leurs orifices ; il les épaissit, les rétracte et amène leur atrésie, cependant que les cellules sécrétantes des acini continuent activement leur fonction.

Les parois des acini sont affectées à leur tour : le derme muqueux environnant les glandes s'infiltre d'éléments fibreux qui passent à l'état adulte et voici la phase ultime d'atrophie par compression des éléments glandulaires.

La leucorrhée continuelle du début, avec périodes paroxystiques, correspondant généralement à des périodes d'altérations de l'état général ou aux changements de saisons, devient, dans la deuxième phase, une leucorrhée intermittente. Celle-ci disparaît pendant la période de formation des kystes ; elle reparaît abondante, mais de courte durée, lorsque se fait la rupture des acini engorgés.

C'est principalement dans la période prémenstruelle que la

poussée congestive prépare l'effraction des kystes qui accompagne ou suit l'écoulement du sang menstruel ; les malades accusent des pertes pâles mélangées de glaires.

Vient enfin la période de siccité de l'appareil sécrétant. Le col, à ce moment, est dur et semé de nodules miliaires abondants. Les gros kystes folliculaires ont disparu en grande partie ou en totalité, tout au moins sur les vieux ectropions. La muqueuse intra-cervicale reste encore susceptible de produire un flux leucorrhéique ; mais la raréfaction de la circulation par sclérose vasculaire et la sclérose même des glandes du canal cervical entraînent, à la longue, la disparition de la leucorrhée.

Troubles circulatoires

Envisagés en eux-mêmes, ils ne représentent guère de symptômes visibles ; leurs conséquences sont la congestion, la métrorrhagie, l'aménorrhée.

La congestion exagère et multiplie le molimen cataménial, elle augmente le volume de la matrice.

La *ménorrhagie* offre ce caractère qu'elle est habituelle, régulière, qu'elle résiste au traitement par le curetage.

Rien ne l'explique donc sinon une altération matérielle du stroma utérin, et cette altération, en dehors de tout néoplasme avéré, ne peut être que la sclérose. Le curetage varie dans ses résultats, mais il est difficile de n'y pas recourir avant tout, car il permet d'apprécier l'infiltration fibreuse du derme muqueux et aide au diagnostic. La métrorrhagie des utérus scléreux a pu s'appeler jusqu'ici hémorragie *sine causa*, tant il est vrai que, dans la pratique, à moins d'avoir déjà la préoccupation de la recherche d'une altération utérine mal connue et sur laquelle on a fort peu disserté, il est souvent impossible de dépister le mécanisme qui lui donne naissance.

Ce que l'on voit de plus net, comme cause de l'hémorrhagie, c'est la névropathie, qui souvent se manifeste sous forme d'hystérie ou de pseudo-hystérie, parfois sous forme de neurasthénie avec dépression, ou même de fausse maladie de Basedow, avec tachycardie ainsi que je l'ai déjà montré en différents écrits

où je comparais l'hémorrhagie utérine à l'hématémèse, à l'hémoptysie, à l'hémathydrose d'origine nerveuse.

Que l'association des deux éléments, sclérose et affection nerveuse, soit possible et même fréquente, cela doit être ; mais établir nettement la part qui revient à l'élément nerveux et à l'élément scléro-vasculaire ou à tous les deux conjointement, dans la perte de sang, cela est fort délicat et demanderait, pour chaque cas, le contrôle de la vérification anatomique de l'état des vaisseaux.

Un fait que tout gynécologue a pu observer est l'écoulement abondant de sang qui se fait au cours des opérations plastiques ou autres sur les utérus scléreux, et parfois l'apparition d'hémorrhagies secondaires inopinées au dixième ou douzième jour après ces opérations. La perte n'est attribuable, dans ces cas, qu'au défaut de rétractilité de la tunique moyenne des vaisseaux, déjà envahie par le tissu conjonctif inerte.

Changements de forme et de volume.

Les *changements de forme* de l'utérus, allongements atrophiques, hypertrophie des segments distincts du col, etc., ont été suffisamment envisagés ci-dessus.

J'en dirai autant des *changements de forme* qui ressortissent de la prétendue hypertrophie simple ou du gigantisme utérin.

Le soupçon de néoplasmes fibreux ou myomateux, de petit volume, évoluant sourdement au sein du stroma utérin, la prolifération myomateuse active diffusée dans l'organe utérin, viennent nécessairement à l'esprit du gynécologue, lorsque se produit le phénomène singulier de cette turgescence subite et répétée à chaque menstruation.

La phase ultime d'évolution seule peut décider du diagnostic.

En effet, ou bien un nodule fibreux apparaîtra, se dessinera par un relief ou une déformation localisée appréciable à la surface de la matrice ou dans sa cavité et ce sera la fibromatose nodulaire banale ; — ou bien l'organe augmentera régulièrement et considérablement de volume, dans un court espace de temps, et ce sera la myomatose diffuse ; — ou bien la période atrophique succèdera à des poussées d'hypertrophie et ce sera bien l'altération sclé-

reuse telle que nous devons la comprendre. Toute l'étude du symptôme est donc dans la marche.

Phénomènes douloureux.

Les *phénomènes douloureux*, au col, dépendent tantôt des cicatrices vicieuses cervicales qui tiraillent les filets nerveux inclus à l'angle des lacérations ; tantôt des poussées kystiques folliculaires au sein du stroma induré qui résiste et ne se laisse point distendre sans provoquer une tension pénible.

Au corps, la douleur est le fait de la turgescence menstruelle excessive : mais ce symptôme est souvent atténué.

A l'orifice interne et dans le trajet utérin, les phénomènes douloureux résultent de l'atrésie et de la dysménorrhée qui en est la conséquence.

Il est à considérer qu'il s'y ajoute un élément spasmodique. C'est alors la colique utérine, véritable ténesme du col, — ou bien l'hystéralgie ou névralgie intermittente analogue aux névralgies ordinaires, sciatique, temporale, faciale.

Chaque zone de l'organe, chaque localisation du processus, ont leur mode de réaction spéciale à la sensibilité, et la douleur varie d'après ces éléments, mais surtout d'après les habitudes constitutionnelles morbides.

On ne comprend bien les phénomènes symptomatiques génitaux que si l'on envisage judicieusement le substratum pathologique, le terrain sur lequel ces phénomènes se déroulent. La thérapeutique des scléroses n'a pas de guide plus sûr.

Thérapeutique des Scléroses utérines.

Les altérations scléreuses localisées à l'utérus sont passibles d'un traitement utile lorsqu'elles siègent au col de l'organe et qu'elles constituent une des formes nombreuses de la cervicite scléro-kystique, cicatricielle ou hypertrophique.

Ce traitement sera chirurgical, nécessairement ; il a été indiqué et décrit dans les travaux ci-dessus, relatifs à la métrite cervicale.

Les formes atrophique ou hypertrophique, liées à l'allongement de l'isthme relèvent du traitement orthopédique (pessaires) ou des opérations plastiques dirigées contre les déviations. Le massage et la faradisation jouissent contre elles d'une certaine efficacité.

En présence des scléroses du corps utérin, le gynécologue doit se souvenir surtout qu'il est médecin. La chirurgie n'a que peu à faire, à moins qu'il ne s'agisse de cas à marche hypertrophique pseudo-néoplasique avec métrorrhagies dangereuses. Je n'ai jamais personnellement rencontré de ces cas qui aient réclamé l'hystérectomie.

Contre les hémorrhagies liées à la sclérose, la curette est sans action, à moins d'endométrite proliférante coexistante.

La dilatation prolongée est de beaucoup préférable et m'a donné parfois des résultats étonnants.

Les prescriptions hygiéniques, le régime, l'iodure de potassium, la thérapeutique de l'arthritisme, en un mot, réalisent aussi le traitement des scléroses utérines.

TABLE DES MATIÈRES

I. — MÉTRITES

Pages

DE L'ENDOMÉTRITE ET DE SON TRAITEMENT 1

I. — **Pathogénie générale de la métrite**..... 4

L'anatomie pathologique est une base de division très incertaine.— Les diverses espèces de métrite sont reliées par un élément initial commun : le microbe pathogène. — L'inflammation utérine est le plus souvent d'origine extérieure ; très rarement, elle est d'origine interne. — Conséquences séméiologiques et thérapeutiques..... 4

L'endométrite est la lésion initiale obligatoire de toute métrite..... 8

Diffusion et propagation de l'inflammation dans la métrite 10

Dans la forme chronique, la coexistence entre les lésions de la muqueuse et celles des parois musculaires de l'utérus est considérée comme constante..... 11

Lésions secondaires de la métrite consécutivement à l'endométrite. — Leur disparition possible après une période d'acuité ou de subacuité. — Persistance habituelle de l'endométrite..... 13

Conditions qui favorisent la persistance de l'endométrite. 14

Conditions qui expliquent la persistance de la métrite totale à l'état chronique. — Sténose mécanique du col utérin. — Difficulté du drainage naturel de l'utérus. — Spasme douloureux de l'utérus, ses caractères cliniques. 18

Méso ou Myométrite. — Paramétrite. — Périmétrite..... 21

Etat général dans la métrite chronique. — Métastases organiques insidieuses..... 22

Résumé. — Conclusions..... 27

II. — **Anatomie pathologique générale de l'endométrite**..... 28

Prédominance de la notion d'origine et de cause, pour fixer le principe général de l'intervention dans l'endométrite. — La notion matérielle et la connaissance histologique des lésions sont prédominantes pour régler la forme et le degré de l'action thérapeutique à exercer. 28

Pages

III. — **Traitement de l'endométrite** 33
Traitement chirurgical. — De la curette 35
Choix de la curette 40
Préliminaires de l'opération 41
Suites 44
Précautions post-opératoires 45
Ecouvillon. — Ecouvillonnage 46
Technique 48
Abaissement de l'utérus 49
Difficultés ; précautions à prendre ; avantages 52
Dilatation de l'utérus 54
Dilatation considérée comme opération préliminaire du curage utérin 55
Dilatation considérée comme opération combinée aux traitements intra-utérins doux ; écouvillonnages légers, pansements intra-utérins quotidiens ou bi-quotidiens.. 55
Dilatation utérine répétée, considérée comme traitement curatif dans l'endométrite légère 55
Dilatation considérée comme procédé violent et perturbateur de la sensibilité, dans les formes douloureuses ou névralgiques de la métrite. — Dilatation forcée. — Elongation des plexus nerveux utérins ..... 55 à 61
Manuel opératoire 64
Médicaments topiques intra-utérins 66
Antiseptiques diffusibles pénétrants : antiseptiques coagulants 66
Composés créosotés 70
Comparaison entre les procédés chirurgicaux et les procédés médicaux 71
Comparaison entre la curette et l'écouvillon 74
Conclusions 75
Statistique résumée 76
Instruments nécessaires au curettage 80
Discussion devant la Société obstétricale et gynécologique de Paris 82
Martineau, J. Guérin, Pajot 82
Pièces et préparations histologiques relatives à l'endométrite 94
Des tentes aseptiques pour la dilatation de l'utérus 95

LA THÉRAPEUTIQUE INTRA-UTÉRINE 103

Ses indications, ses avantages, ses prétendues difficultés et les dangers qu'on lui attribue. Réponse à quelques objections. 103

Pages

MÉTRITE CERVICALE 111

Pathogénie et traitement des affections du col de l'utérus..... 111
Ectropion synonyme d'érosion..... 114
Lacération ou déchirure du col..... 115
Evolution de la déchirure. — Cicatrices latérales. — Ectropion médian..... 117
Erosion vraie..... 119
Néoformations glandulaires..... 122
Erosion folliculaire. — Dégénérescence kystique. — Acné du col..... 125
Inclusions glandulaires. — Kystes profonds..... 127

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES SUR LA MÉTRITE DU COL 132

Combinaison de l'inflammation et du traumatisme pour produire la lésion communément appelée *ulcération ou érosion.*— Évolution de la lésion traumatique. — Importance de l'élément inflammatoire, au point de vue thérapeutique..... 132
Etude critique d'un mémoire de Bouilly intitulé : déchirure et ulcération du col de l'utérus..... 133

LÉSIONS ANATOMIQUES DE LA MÉTRITE CERVICALE 159

Etude anatomo-pathologique de l'inflammation chronique du col utérin..... 159
Historique..... 160
Anatomie du col de l'utérus considéré au point de vue de son inflammation et des déformations qui en résultent.... 190
Muqueuse interne, muqueuse externe..... 193
Utérus chez le nouveau-né..... 194
Lésions anatomo-pathologiques de la métrite cervicale..... 197
Observations cliniques avec coupes histologiques..... 204

APERÇU SYNTHÉTIQUE SUR LES FONCTIONS, LA PATHOLOGIE ET LA CHIRURGIE DU COL DE L'UTÉRUS 216

MÉTRITE DU COL. MÉTRITE DU CORPS 229

Distinction à faire dans la clinique et la thérapeutique..... 229

Pages

MÉTRITE CERVICALE. — ETUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE 238

I. — **Inflammation aiguë et chronique du col utérin**... 239
Endométrite cervicale. — Endocervicite..... 239
Début. — Marche..... 240
Myocervicite. — Hypertrophie. — Folliculite..... 243
II.— **Traumatismes du col utérin**..... 247
III.— **Déformations du col utérin**..... 252
Déformations liées à l'inflammation..... 253
Antéflexion. Ses causes, son mécanisme..... 254
Déformations liées au traumatisme seul..... 256
Déformations liées au traumatisme et à l'inflammation combinés..... 257

ÉTIOLOGIE DE LA MÉTRITE CERVICALE 258

SIGNES ET DIAGNOSTIC 261

A. — *Signes fonctionnels*..... 263
Sécrétions..... 263
Douleur..... 264
B. — *Signes physiques*. — *Exploration*..... 267

COMPLICATIONS DE LA CERVICITE 273

1° Propagation des lésions par continuité des muqueuses..... 274
Endométrite corporéale. — Salpingite. — Péritonite. — Ovarite. — Vaginite des culs-de-sac..... 274
2° Lésions transmises par les troncs veineux et lymphatiques. — Lymphangite et phlébite des troncs péri-utérins..... 279
Paramétrite suraiguë septique..... 281
Paramétrite subaiguë et chronique..... 282
Mécanisme des récidives d'ovaro-salpingite..... 284
3° Impressions morbides sur le rectum et la vessie..... 285
4° Troubles par atrésie de l'orifice interne. — Rétention des sécrétions. — Hystéralgie..... 286
5° Déformations de l'utérus, flexions persistantes..... 287
6° Déviations. — Pointe de prolapsus. — Premier degré de la rétroversion..... 289

Pages

TRAITEMENT DE LA CERVICITE 289

I. — **Traitement de l'inflammation** 290
Cervicite catarrhale superficielle 290
Traitement extra-cervical 291
Traitement intra-cervical 293
Cervicite dermique profonde 294
Dilatation répétée. — Hersage 295
Abrasion sanglante de la muqueuse cervicale et cautérisation 297
Stomatoplastie 297
Cervicite interstitielle chronique. — Cervicite scléro-kystique. 297
II. — **Traitement des traumatismes** 299
Au début 299
Pendant la grossesse 300
Traumatisme ancien 301
III. — **Traitement des déformations** 302

TECHNIQUE OPÉRATOIRE 303

Hersage 304
Discision du col 305
Amputation du col 306
Ablation plastique à deux lambeaux inégaux 307
Opération de Schrœder, Simon, etc 307
Opérations plastiques contre la conicité du col et l'atrésie de l'orifice externe. Stomatoplastie contre la stérilité 316
Technique de l'opération d'Emmet 323
Lacération unilatérale 325
Lacération bilatérale 327

ACTION DE L'ÉTHER IODOFORMÉ SUR LE MUCUS UTÉRIN. SON EMPLOI DANS L'ENDOCERVICITE AU DÉBUT 330

APPAREIL A IRRIGATION CONTINUE POUR LES OPÉRATIONS PLASTIQUES 332

INFLUENCE DES OPÉRATIONS PLASTIQUES PRATIQUÉES SUR LE COL UTÉRIN, SUR LA CONCEPTION, LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT 334

Pages

TRAITEMENT ET RESTAURATION DU COL DE L'UTÉRUS PENDANT LA GROSSESSE 353

I. — Inconvénients et dangers des lésions du col de l'utérus pendant la grossesse 353
II. — Thérapeutique des lésions du col utérin pendant la grossesse 359

RÉSUMÉ ET MISE AU POINT DES IDÉES DE L'AUTEUR RENFERMÉES DANS LES PRÉCÉDENTS MÉMOIRES 373

II. — FAUSSES MÉTRITES

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DE LA MUQUEUSE UTÉRINE 377

Muqueuse du corps de l'utérus 377
Epithélium 378
Les glandes du corps de l'utérus ne sont point des appareils de sécrétion 380
Derme et vaisseaux 384
Stroma muqueux 385
Vaisseaux de la muqueuse utérine 387
Physiologie de la cellule utérine et des vaisseaux de la muqueuse 388
A l'état de repos. — Durant la menstruation. — Pendant la gestation 389
Transformation des vaisseaux de la muqueuse 395
Pénétration réciproque du placenta fœtal et du placenta maternel 396
Phénomènes qui amènent la déhiscence de la caduque. Desquamation de la muqueuse utérine 398
Sécrétions utérines 406
1° Corps de l'utérus 406
2° Col de l'utérus 409

TROUBLES NON INFECTIEUX DE L'UTÉRUS FAUSSES MÉTRITES EN GÉNÉRAL 414

Pages

ENGORGEMENT UTÉRIN. — MOLLITIES UTERI. DÉBILITÉ UTÉRINE. — FAUSSE MÉTRITE DES VIERGES FLUXIONS DIATHÉSIQUES 419

SUBINVOLUTION 425

Mécanisme 428
Causes 429
Symptômes 443
Diagnostic 446
Traitement 446

TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE
FAUSSES MÉTRITES DE LA MÉNOPAUSE 451

Modifications anatomiques de l'utérus 455
Symptomatologie 456
Traitement 461

FAUSSE ENDOMÉTRITE EXFOLIATRICE 462

Dysménorrhée membraneuse ou desquamative 462
Historique 463
Anatomie pathologique 468
Nature et étiologie de l'affection 472
Mécanisme de l'exfoliation 478
Symptômes 482
Traitement 485

TROUBLES PHYSIOLOGIQUES NON INFLAMMATOIRES DANS LES NÉOPLASMES UTÉRINS 488

Altérations anatomiques dans le fibrome et le cancer 491
Symptômes propres aux altérations de la muqueuse utérine 502
Hémorrhagies 503
Hydrorrhée 506
Traitement 509

TROUBLES NON INFLAMMATOIRES DE L'UTÉRUS DANS LES AFFECTIONS ANNEXIELLES 514

Métrorrhagies réflexes 514
Traitement 523

Pages

AFFECTIONS GÉNITALES DE LA FEMME ET MALADIE DE BASEDOW 525

TROUBLES D'ORIGINE DÉGÉNÉRATIVE SCLÉROSE UTÉRINE 540

Scléroses inflammatoires infectieuses 557
Scléroses non infectieuses 561
Scléroses atrophiques consécutives à l'emploi des caustiques dans la cavité utérine 561
Sclérose utérine d'origine tuberculeuse, syphilitique, alcoolique 563
Allongement hypertrophique de l'utérus de nature scléreuse. Gigantisme utérin 569
Symptômes des scléroses utérines 574
Troubles sécrétoires 574
Troubles circulatoires 576
Changements de forme et de volume 577
Phénomènes douloureux 578
Thérapeutique des scléroses utérines 579

Clermont (Oise). — Imp. Daix frères.

3 2044 047 3